

Université de Zagreb
Faculté des sciences humaines et sociales
Département d'études romanes

Ivan Fosin

**TRAVAIL TERMINOGRAPHIQUE :
LES TROUBLES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX**

Mémoire de Master
en langue et lettres françaises
Filière traduction
(niveau M2)

Directrice de recherche : dr. sc. Ivana Franić

Juin 2013

Université de Zagreb
Faculté des sciences humaines et sociales
Département d'études romanes

Ivan Fosin

**TRAVAIL TERMINOGRAPHIQUE :
LES TROUBLES DÉPRESSIFS ET ANXIEUX**

Mémoire de Master
en langue et lettres françaises
Filière traduction
(niveau M2)

Directrice de recherche : dr. sc. Ivana Franić

Juin 2013

Table des matières

1. Introduction	1
2. La terminologie	2
3. La méthodologie du travail terminographique	7
3.1. Le domaine du travail	8
3.2. Le corpus et le repérage des termes	9
3.3. La fiche terminologique.....	11
3.3.1. Terme vedette	13
3.3.2. Variante	13
3.3.3. Synonyme.....	13
3.3.4. Contexte	13
3.3.5. Définition	13
3.4. L'arborescence.....	15
4. Présentation du domaine et du sous-domaine	18
4.1. Généralités sur la psychiatrie en tant que branche médicale	18
4.2. La nosologie psychiatrique	20
4.3. Les troubles dépressifs et anxieux	22
4.3.1. Les troubles de l'humeur.....	23
4.3.2. Les troubles anxieux.....	24
5. Traductions des textes originaux.....	26
6. Analyse des traductions.....	65
7. Glossaire.....	70
8. Fiches terminologiques	84
9. Arborescence	104
10. Conclusion.....	105
11. Bibliographie	108
12. Résumé	110
13. Sažetak	111
Annexe : textes originaux.....	113

1.

1. Introduction

Le but de ce mémoire de fin d'études est de présenter les savoirs terminologiques et terminographiques acquis lors de nos études en filière traduction, ainsi que de démontrer nos habiletés pratiques en traduction des textes spécialisés. L'activité traduisante de ce genre de textes repose grandement sur la connaissance des postulats terminologiques. C'est justement le grand nombre de termes qui différencie les textes spécialisés des textes dits « généraux. » C'est pourquoi l'étude systématique de la terminologie en tant que discipline scientifique permet de résoudre toute sorte de problèmes dans la pratique du métier de traducteur spécialisé.

Le motif principal pour élaborer un travail terminographique a été notre volonté d'approfondir nos connaissances et nos compétences en méthodologie du travail terminographique d'une part et de maîtriser la terminologie psychiatrique de l'autre. Nous avons déjà rédigé un mémoire de séminaire portant sur la terminologie médicale (plus précisément sur l'immunologie) dans le cadre du cours « Terminologie » – nous nous sommes, donc, décidés à poursuivre dans la même direction.

Nous avons l'intention de structurer ce travail d'une manière logique dans le but de présenter clairement comment le traducteur peut mettre en œuvre les savoirs théoriques. Par conséquent, ce mémoire comporte deux parties : la partie théorique et la partie pratique. Dans la partie théorique, nous allons présenter un aperçu des postulats terminologiques, notamment expliquer ce qu'est le terme, la notion et l'objet. Après avoir décrit les concepts de base, nous allons proposer une méthodologie pour notre démarche terminographique qui entend connaître ce qu'est le domaine, le corpus, le repérage des termes, la fiche terminologique avec ses éléments constitutifs et l'arborescence. Avant de procéder à la traduction des textes français, il faut évidemment qu'on se familiarise avec leur sujet afin de pouvoir les comprendre et les bien traduire en croate. Pour y aboutir, nous écrirons quelques mots sur la psychiatrie en général, sur son rapport avec d'autres branches médicales et avec la psychologie, sur le classement des troubles mentaux et sur les faits fondamentaux sur les troubles dépressifs et anxieux. Dans la deuxième partie pratique du travail, nous allons proposer nos traductions de trois textes rédigés originellement en français et les analyser brièvement. Enfin, nous allons inclure les termes repérés dans un glossaire bilingue français-croate, les décrire à l'aide des fiches terminologiques et présenter les relations entre les termes sous forme graphique dans une arborescence.

2. La terminologie

Dans cette partie théorique du travail, avant de procéder à la partie pratique, nous proposons de répondre à la question incontournable : « Qu'est-ce que la terminologie ? », et de présenter dans la suite ses principes. Il faut tout d'abord mentionner que le mot terminologie est en fait polysémique. Entendue dans sa première acception, une terminologie est l'ensemble des termes dans un domaine particulier d'activité humaine. Le mot terminologie peut également être pris dans une acception différente – celle de l'étude systématique des termes. Le plus souvent, les profanes entendent par « terminologie » un ensemble des termes donnés ; ainsi, on peut entendre quelqu'un dire qu'il « ne connaît pas » la terminologie juridique, par exemple. Or, notre tâche est d'examiner la terminologie en tant qu'une discipline qui s'intéresse à une manière plutôt générale au fonctionnement, aux significations, à l'étymologie, aux emplois, aux rapports, etc. des termes sans égard à la discipline à laquelle ils appartiennent. Le but principal de la terminologie en tant que discipline est de proposer une méthodologie pour assurer une communication nette et sans ambiguïté entre les professionnels se servant d'une certaine terminologie (p. ex. médicale, aéronautique, informatique...).

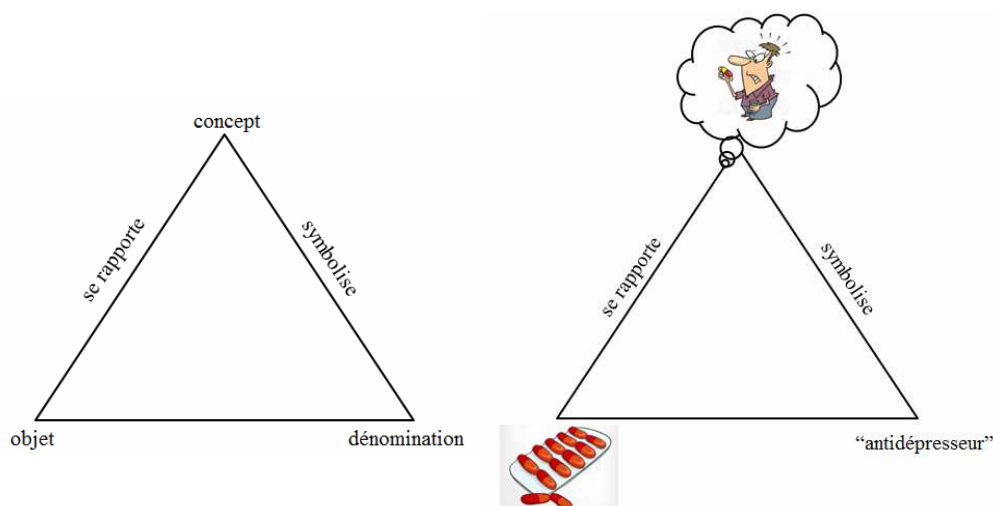
Si la terminologie est une discipline linguistique qui étudie les termes, il faut se pencher sur la question : « Qu'est qu'un terme ? ». Il y a des dizaines de définitions du terme, qui n'est pas tout à fait facile à cerner dans les travaux théoriques. Selon le *Précis de terminologie* écrit par Silvia Pavel et Diane Nolet (2001:117), le terme est défini en tant que « mot, syntagme, symbole ou formule désignant un concept propre à un domaine d'emploi. » Daniel Gouadec le définit dans sa monographie intitulé « *Terminologie — constitution des données* » (1990:3) comme « une unité linguistique désignant un concept, un objet ou un processus. » Il continue que le terme est « l'unité de désignation d'éléments de l'univers conçu ou perçu. » La définition du terme, mais aussi d'autres définitions à propos de la terminologie sont comprises dans les normes ISO (Organisation internationale de normalisation). Depecker souligne l'importance de ces normes dans son ouvrage « *Entre signe et concept — éléments de terminologie générale* » en disant qu'elles « offrent une base de référence sur l'acquis en matière de terminologie, sur lequel s'accorde aujourd'hui la communauté internationale. » (2002:14) Selon la norme ISO 1087-1:2000, le terme est la « désignation verbale d'un concept général dans un domaine spécifique. »

Mihaljević et Hudeček proposent dans leur *Manuel terminologique croate* (*Hrvatski terminološki priručnik*, 2009:13) une représentation graphique du terme qui, selon sa définition, possède « deux faces » – celle du concept et celle de l'étiquette linguistique par laquelle ce concept est désigné. Par exemple :

désignation (expression langagière, c.-à-d. mot ou ensemble de mots) *pneumonie*
 terme = -----
 concept '*infection du poumon provoquée par une bactérie ou par un virus*'

Cela dit, le terme ne se résume pas seulement à l'étiquette linguistique, désignation ou dénomination, mais touche également à une réalité extralinguistique contenue dans le concept, dit aussi la notion.

Par ailleurs, le concept relève de la réalité abstraite en dehors de la langue étant « l'unité de connaissance créée par une combinaison unique de caractères. » (ISO 1087-1:2000:19) Le concept renvoie directement à l'objet qui peut être tantôt matériel (on peut le percevoir), tantôt immatériel (on peut le concevoir). Par conséquent, il en découle que la terminologie se sert d'un modèle tripartite du terme : concept-objet-dénomination. Ce modèle est inspiré du triangle sémiotique et peut être présenté graphiquement de cette manière :



En d'autres mots, on pourrait aussi dire que la dénomination ou la désignation est la représentation verbale, soit la forme du terme, lorsque le concept ou la notion est la représentation mentale, soit le contenu du terme.

Justement le contenu du terme qui se rapporte aux idées abstraites relatives à la pensée et non à la langue¹ se considère comme le point de départ du travail terminologique. C'est pourquoi le concept est l'unité terminologique de base. Depecker (2002:43) explique que le concept est « une unité structurée par laquelle nous nous formons une connaissance du réel » et que « nous appréhendons les objets à travers des concepts, et pensons par concepts et par relations entre concepts. »

Le terminologue commence dans son travail par examiner le système conceptuel. Il s'intéresse à connaître les caractères des concepts et les relations entre les concepts pour pouvoir les délimiter l'un par rapport à l'autre et les décrire le plus précisément. La démarche terminologique diffère complètement de la démarche lexicologique. Linguistiquement parlant, la terminologie adopte une stratégie onomasiologique partant de la pensée, de la signification, du sens, de l'idée, de la représentation mentale en aboutissant à la forme linguistique, à la représentation verbale qu'on trouve sur un niveau plutôt « superficiel » et « visible. » Inversement, la lexicologie adopte une stratégie sémasiologique caractérisée par l'étude de tous les sens qu'un mot donné peut avoir ; là, la forme se trouve au premier plan.

Voyons ici plusieurs implications de ces constatations. Premièrement, on distingue nettement la terminologie de la lexicologie. La nature des unités respectives, soit les termes et les lexèmes, doit être distinguée à cause des mentions faites ci-dessus. Le lexique est par sa nature polysémique et connoté – les formes d'un mot ont non seulement plusieurs significations, mais aussi changent au cours du temps. La terminologie (l'ensemble des termes appartenant à un domaine spécifique) vise à être monosémique et sans connotations supplémentaires. Deuxièmement, les lexèmes sont principalement retrouvés dans le niveau de la langue-système – ils appartiennent d'une manière immanente à la langue générale partagée et utilisée par tous les locuteurs de la même langue maternelle. Par contre, les termes appartiennent exclusivement à la langue de spécialité et sont, partant, restreints à un groupe des spécialistes utilisant la langue de spécialité (souvent abrégée LSP selon l'anglais « *language for special purposes* ») dans le but d'une communication claire, précise et sans ambiguïtés. Les termes ne fonctionnent jamais isolément, ils ne constituent qu'une partie de la

¹ Parfois, les concepts sont influencés par une langue et par une culture donnée, donc, il n'est pas possible de déclarer sans conteste qu'il n'y ait aucun lien entre la langue et la pensée. Cette question relève du déterminisme (la pensée est imposée totalement par la langue) et du relativisme linguistique dont les plus importants théoriciens ont été Sapir et Whorf en postulant que la langue et la pensée sont interdépendantes. Nous n'allons pas aborder ce problème plus en détail, mais il fallait quand même souligner que les concepts peuvent varier dans des cultures différentes (prenons pour exemple les différents systèmes juridiques).

langue de spécialité, qui est tout de même considérable, mais le lexique de la langue générale est toujours présent en tant que « vocabulaire de soutien². »

À la lumière de ce qui précède, il convient de dire que la communication professionnelle peut être précise à condition qu'un concept corresponde à une seule désignation. À la différence du mot de la langue générale, qui est polysémique par nature comme on l'a vu précédemment, le terme devrait être monosémique ou plus précisément mononymique³. La monosémie terminologique constitue un des postulats fondamentaux en terminologie ; selon Pavel et Nolet (2001:20), elle « entraîne le principe d'uninotionnalité. » Gouadec (1990:14) appelle utopique cette requête de monosémie : « L'utopie terminologique n'est autre que le vieux rêve des langages référentiels dans lesquels (i) une désignation donnée et elle seule correspond à tel objet ou concept ou processus ou événement et (ii) réciproquement, tel objet ou concept ou processus ou événement, et lui seul, ne peut avoir que telle désignation linguistique. » La monosémie est bien évidemment difficile à atteindre puisque le signe linguistique est arbitraire, ce qui conduit à ce qu'une forme ait plusieurs significations. La demande terminologique pour l'uninotionnalité est donc parfois illusoire et il reste impossible à y parvenir entièrement. Néanmoins, la pratique terminologique et terminographique montre que les conditions artificielles mises en œuvre par les spécialistes pour qu'un seul concept ne puisse avoir qu'une seule désignation (Gouadec, 1990:18) fonctionnent assez bien dans la pratique.

Dans le même ordre d'idées, la représentation des entrées lexicales s'oppose à la représentation des entrées terminologiques. Cela s'avère de façon éclatante si nous consultons par exemple l'entrée lexicale « dépression » dans un dictionnaire général, et l'entrée terminologique « dépression » dans un répertoire spécialisé :

1. la désignation « dépression » a plusieurs acceptions selon le dictionnaire Antidote :

— en géographie : « Creux topographique. »

— en psychologie : « État mental pathologique caractérisé par un profond pessimisme, une incapacité à contrôler ses sentiments et à fonctionner normalement dans la vie de tous les

² Le vocabulaire de soutien est en fait l'entourage des termes. Il s'agit des lexèmes de différentes catégories morphologiques (p. ex. verbes, adjectifs, prépositions) qui se lient avec le terme pour former le tout d'un texte, p. ex. on obtient une réponse thérapeutique, un médicament est prescrit en première intention, etc. Il ne suffit pas de connaître seulement les termes, mais il faut savoir comment ils sont mis en discours pour pouvoir produire une traduction idiomatique en conformité avec l'usage linguistique d'une certaine LSP.

³ Situation qui va dans le sens onomasiologique, lorsqu'on attribue à un seul concept une seule désignation. On parle de la monosémie quand à une seule désignation un seul concept est attribué, alors, la monosémie relève de la sémasiologie, caractéristique pour les relations entre les mots de la langue générale. Toutefois, le terme monosémie est utilisé dans la majorité des cas pour remplacer la mononymie.

jours. »

— en économie : « Période prolongée de récession importante. »

— en météorologie : « Zone où la pression atmosphérique est relativement basse par rapport aux zones environnantes. »

2. la désignation « dépression » a une seule acception selon Larousse médical :

« État pathologique caractérisé par une humeur triste et douloureuse associée à une réduction de l'activité psychomotrice et à un désintérêt intellectuel. »

Hudeček et Mihaljević (2009:24-29) rapportent trois cas de polysémie. Une étiquette linguistique peut être la même dans la langue générale et dans la langue de spécialité ayant deux significations différentes⁴. Une désignation peut être la même dans les domaines différents, ce qui est le cas avec l'exemple « dépression » cité ci-dessus. Enfin, une même désignation peut avoir plusieurs significations dans une seule langue de spécialité – c'est ce qu'on considère comme la polysémie terminologique qui est à éviter.

Il est évident qu'il y a plus de concepts que des formes langagières pour les exprimer : justement ce phénomène entraîne la polysémie. Pour essayer de « supprimer » la polysémie dans la langue de spécialité et d'assurer l'idéal d'univocité, la condition primordiale qu'utilisent les terminologues est la délimitation des domaines. Gouadec (1990:16) écrit à ce sujet qu'il suffit de resserrer au maximum l'aire et les conditions d'emploi du terme pour qu'il devienne monosémique. Quand une désignation est attribuée à un concept dans un domaine particulier, on considère généralement que la demande de monosémie est satisfaite. Alors, on n'estime pas qu'un terme soit polysémique s'il a plusieurs significations dans des domaines différents.

⁴Dans ce cas, il s'agit le plus souvent d'un processus de spécialisation d'un mot ou de déspecialisation (vulgarisation) d'un terme. Leurs significations sont très proches, c.-à-d. on peut remarquer facilement le lien entre l'un et l'autre, mais le terme se caractérise toujours par sa plus grande spécificité et technicité.

3. La méthodologie du travail terminographique

Nous avons présenté dans le chapitre précédent les principes terminologiques essentiels. Dans ce chapitre, nous avons pour but de développer les idées que nous avons déjà abordées et d'expliquer comment on peut les mettre en œuvre dans la partie pratique du travail. Si la terminologie « est la discipline ou la science qui étudie les termes, leur formation, leurs emplois, leurs significations, leur évolution, leurs rapports à l'univers perçu ou conçu » (Gouadec, 1990:3), la terminographie « est l'activité de recensement, de constitution, de gestion et de diffusion des données terminologiques. » (*Ibidem*) Le rapport entre la terminologie et la terminographie peut être comparé à celui de la lexicologie à la lexicographie. Le terminographe collecte et traite les données terminologiques afin de produire les répertoires et les outils terminologiques. Ces répertoires peuvent être unilingues, bilingues ou multilingues, par exemple les inventaires simples, les lexiques, les glossaires, les dictionnaires, les thésaurus, les fichiers ou bases de données terminologiques (Gouadec, 1990:27). La terminologie et la terminographie sont deux activités complémentaires et ne s'excluent pas mutuellement. Dans ce travail nous allons mettre au point trois outils terminographiques : un glossaire bilingue français-croate dans lequel seront présentés les équivalents croates de tous les termes français repérés lors du dépouillement, les fiches terminologiques étant un outil de synthèse et de systématisation de données et l'arbre conceptuel (arborescence) qui représente les relations entre les concepts appartenant à notre domaine d'activité.

Dans notre démarche terminographique nous allons suivre et décrire cinq étapes pour pouvoir élaborer avec succès les outils mentionnés ci-dessus :

1. choisir et restreindre le domaine du travail
2. rassembler le corpus (qui sera traduit) et repérer les termes
3. proposer un glossaire bilingue français-croate
4. décrire les termes dans le cadre de fiches terminologiques
5. établir les relations entre les termes et les présenter sur une forme arborescente

3.1. Le domaine du travail

Nous avons déjà expliqué l'importance de choisir et de restreindre le domaine du travail dans un travail terminographique. Pavel et Nolet (2001:1) indiquent que « le principe fondamental de toute démarche terminologique est l'appartenance des termes à des domaines d'activités structurés en systèmes de classement des savoirs spécialisés. » En parlant du domaine, on pense à un champ d'activité humaine qui relève d'un savoir particulier. Ce savoir est organisé et structuré à l'aide de concepts qui ont en même temps des traits communs et des traits de discrimination pour pouvoir les distinguer. Un tel système conceptuel constitue un domaine donné. Notre domaine pourrait être soit la psychiatrie soit la psychologie puisque les deux disciplines étudient des phénomènes tels que la dépression ou l'anxiété. Dans l'intention de choisir le domaine approprié, il faut se documenter sur les domaines concurrents qui nous semblent similaires et pas facilement différenciables au premier coup d'œil. Puisque nous allons traduire et analyser linguistiquement les textes médicaux qui, à la différence des textes psychologiques, touchent au traitement médical des troubles mentaux *sensu stricto*, nous avons trouvé une différence significative entre ces deux domaines : ipso facto, nous optons pour la psychiatrie (une présentation plus détaillée du domaine est proposée dans un des chapitres suivants).

La délimitation des domaines est dans les faits fort arbitraire. Gouadec (1990:21) soutient cette réflexion : « Les principes de délimitation ou formation des ensembles constituant les terminologies sont très divers et l'on aboutit ainsi, en pratique, de définir autant de terminologies qu'il existe des secteurs d'activité humaine ou de champs d'expérience, autant de terminologies qu'il existe d'individus, peut-être autant de terminologies qu'il existe ou peut exister d'objets ou concepts, et très certainement autant de terminologies que l'on veut bien en créer. » La délimitation standard, dite de domaine « conduit à établir la terminologie d'une discipline, d'une science, d'une profession, d'une activité » (Gouadec, 1999:22). Si notre domaine, à savoir le champ choisi est la psychiatrie, nous pouvons encore le restreindre, le découper en champs plus petits qu'on appelle sous-domaines. Puisque nous ne sommes pas en mesure d'examiner la terminologie entière de notre domaine, nous nous sommes décidés à introduire le sous-domaine « troubles dépressifs et anxieux. » Il existe des dizaines de troubles mentaux différents, dont les troubles dépressifs et anxieux ne sont qu'un type parmi d'autres. Dans ce travail nous allons nous restreindre de manière délibérée et arbitraire à travailler uniquement sur des termes faisant partie de ces deux groupes de troubles mentaux.

3.2. Le corpus et le repérage des termes

Le *Précis de terminologie* (Pavel et Nolet, 2001:106) définit le corpus textuel comme « ensemble limité de textes servant de base à une analyse terminologique. » Les textes constituant un corpus peuvent varier au niveau de leur nombre, leur longueur et leur forme. À l'égard du nombre et de la longueur des textes, un corpus peut être restreint ou volumineux. Notre corpus est composé de trois textes rédigés en français (le premier ayant 16 pages, le deuxième 6 pages, le troisième 16 pages, au total 38 pages), ce qui présente un minimum pour qu'il soit représentatif. Le corpus est unilingue et sera traduit ultérieurement en croate. On distingue encore la forme et le genre des textes entrant dans un corpus – à titre d'exemple, le texte peut être scientifique, journalistique, publicitaire, populaire (de vulgarisation), etc. En d'autres mots, le genre du texte implique le public visé. Comme l'on a déjà dit, notre corpus contient trois textes variés pour cerner tous les contextes des termes donnés – le premier texte intitulé « *Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux de l'adulte* » est destiné aux spécialistes ; le deuxième est intitulé « *Épisodes dépressifs : des situations multiples* » et se caractérise par son contenu professionnel traitant la statistique des troubles mentaux, pourtant il est facilement abordable pour les profanes grâce à sa forme journalistique ; enfin, le troisième texte « *La dépression – en savoir plus pour en sortir* » est rédigé afin d'informer le grand public sur les troubles dépressifs et anxieux. Quel que soit le caractère d'un texte (spécialisé ou populaire), il doit toujours être pertinent par rapport au domaine. Le dessein principal de notre corpus est de repérer les termes (dans la totalité des contextes) que nous tendrons à analyser, décrire et représenter par des moyens terminographiques.

Le repérage des termes, appelés également unités terminologiques, fait partie du dépouillement terminologique. Le repérage permet de reconnaître les désignations tandis que le dépouillement (l'extraction) permet d'identifier les concepts et leurs désignations ainsi que d'identifier d'autres informations pertinentes relatives aux concepts, par exemple les définitions, les contextes, les indicatifs d'usage (ISO 1087-1:2000, p. 11). Pavel et Nolet (2001:106) indiquent que le dépouillement est la « lecture annotée d'un corpus textuel en soulignant les termes repérés et en marquant leurs contextes en vue de la consignation sur fiches. » Le dépouillement et le repérage terminologiques peuvent s'effectuer manuellement ou automatiquement à l'aide des outils informatiques. Nous avons repéré les termes en les soulignant dans notre corpus. La condition essentielle pour pouvoir extraire les termes est la connaissance de leurs propriétés. Primo, on cherche les désignations dont le contenu et le sens

sont spécifiques, spécialisés et techniques. C'est l'étape où il faut savoir distinguer les mots appartenant à la langue générale des termes appartenant à la langue de spécialité. Secundo, il faut faire la différence entre les termes simples, les termes composés et les termes complexes ou multi-termes. Il est généralement accepté que les termes simples ne peuvent être morphologiquement que des noms, p. ex. antidépresseur, antipsychotique, psychothérapie, électroconvulsivothérapie, etc. ; les termes composés comportent deux éléments juxtaposés de différentes combinaisons morphologiques (préposition-nom, nom-nom, nom-adjectif...) et sont séparés par trait d'union, p. ex. contre-indication, non-réponse, dose-dépendant, etc. ; les termes complexes ou multi-termes, dits également termes syntagmatiques, termes-syntagmes ou syntagmes terminologiques, sont formés de plusieurs composantes et grammaticalement représentent un groupe nominal. Le noyau du syntagme est toujours un nom suivi le plus souvent d'un adjectif, p. ex. trouble anxieux, anxiété généralisée, trouble panique, épisode dépressif majeur, syndrome psychotique, etc. Parfois, les syntagmes terminologiques peuvent être composés de plusieurs termes reliés par une préposition, p. ex. non-réponse + traitement = non-réponse au traitement. Lorsqu'un « terme-candidat » est composé de plusieurs éléments, il est toujours conseillé d'essayer le découper pour vérifier si l'on obtient deux termes qui peuvent fonctionner isolément ou non. Par exemple, le terme « effet indésirable » forme le tout qui ne peut pas être découpé à des unités plus petites « effet + indésirable » à cause de l'adjectif qui ne peut pas être un terme par sa nature. Par contre, deux noms étant deux termes isolés et reliés par une préposition peuvent facilement créer un nouveau multi-terme. Ainsi, trouble de la conduction auriculo-ventriculaire se décompose en : trouble + conduction auriculo-ventriculaire, dont le premier élément est un terme simple (N) et le deuxième est un terme-syntagme (N + Adj.).

3.3. La fiche terminologique

Les données terminologiques sont présentées sur une fiche terminologique ou dossier du terme. Chaque terme est décrit d'une manière plus ou moins exhaustive dans plusieurs catégories que nous allons expliquer en détail dans ce qui suit. Pavel et Nolet (2001:10) écrivent qu'une « fiche est un assemblage de champs » et que « chaque champ accueille un type particulier de données. » La fiche sert aux terminologues et aux terminographes à recenser, synthétiser et systématiser toutes les données collectées – les principaux critères de la rédaction d'une fiche sont « la validité, la concision, l'actualité et la complémentarité des données » (Pavel et Nolet, 2001:48). La structure ou le modèle d'une fiche est arbitraire et variable selon les besoins et attentes d'utilisateurs, mais elle doit toujours comporter quelques sections essentielles. Mariana Pitar explique dans son article traitant la fiche terminologique (2011:71) qu'on peut distinguer les champs parmi ceux qui offrent des informations sur le terme et ceux qui offrent des informations sur le concept. Quand on parle des rubriques concernant le terme, on pense à la section linguistique, et quand on parle des rubriques concernant le concept, on pense à la section documentaire ou encyclopédique. Maintenant, nous allons énumérer quelques rubriques qu'on pourrait inclure dans la section linguistique et dans la section documentaire.

Les rubriques relatives au terme comportent le plus souvent les champs suivants :

- terme vedette
- catégorie grammaticale
- variantes
- synonyme
- antonyme
- contexte (avec source)

Les rubriques relatives au concept comportent le plus souvent les champs suivants :

- domaine
- sous-domaine

- hyperonyme
- hyponyme
- isonyme
- définition

Puisque notre travail terminographique traite la terminologie bilingue française-croate, notre fiche terminologique va comporter deux fois la section linguistique, une fois pour le terme français et l'autre fois pour l'équivalent croate, suivi du contexte de l'équivalent et de sa source.

Nous avons l'intention de rédiger vingt fiches terminologiques au total pour les termes constituant le noyau de notre sous-domaine. Tous les termes décrits dans les fiches doivent être repérables et présentés sur l'arborescence afin de pouvoir comparer la représentation schématique et la représentation textuelle.

Nous présentons ici la grille de la fiche terminologique que nous proposons dans ce travail :

terme	
catégorie grammaticale	
domaine	
sous-domaine	
variante	
synonyme	
contexte	
source du contexte	
hyperonyme	
hyponyme	
isonyme	
définition	
équivalent croate	
catégorie grammaticale de l'équivalent	
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	

contexte de l'équivalent	
source de l'équivalent	

3.3.1. Terme vedette

C'est le terme vedette qu'on doit décrire dans notre fiche terminologique. Le terme vedette est le champ central puisque toutes les informations qui suivent se rapportent à ce terme. Les principes de repérage des termes vedettes ont déjà été décrits dans le chapitre « Le corpus et le repérage des termes. »

3.3.2. Variante

Il ne s'agit pas du synonyme d'un terme, mais plutôt de la même désignation (du même terme vedette) ayant une forme orthographique différente ou tronquée. Lorsqu'on parle des variantes, on pense notamment aux sigles, abréviations et acronymes.

3.3.3. Synonyme

Le synonyme est le terme concurrent du terme vedette qu'on peut substituer entièrement ou partiellement. Si deux termes ont toujours la même dénotation et la même connotation, on parle des synonymes absolus ou vrais. En revanche, si deux termes n'ont pas la même dénotation dans les mêmes contextes, il s'agit du rapport de synonymie partielle. Bref, les vrais synonymes sont interchangeables dans tous les contextes, et les synonymes partiels ne sont interchangeables que dans certains contextes. Nous n'allons pas spécifier ce genre de différence dans le champ « synonyme. »

3.3.4. Contexte

Le contexte est une citation contenant le terme vedette pour montrer son entourage sémantique (ses cooccurrents), pour attester son usage et pour montrer un exemple d'utilisation. Pavel et Nolet (2001:105) définissent le contexte en tant qu'environnement linguistique qui contribue à dégager le sens, ou encore en tant que justification textuelle qui renseigne sur les traits sémantiques d'un concept ou sur l'usage d'un terme. Il faut mettre en valeur que le contexte s'accompagne toujours d'une source qui doit être valable et fiable.

3.3.5. Définition

Le travail terminographique nécessite d'apporter une attention toute particulière à la rédaction de la définition terminologique. Selon Pavel et Nolet (2001:23), la définition est

« une formule brève qui rend reconnaissable un concept spécialisé. » Comme l'on a déjà mentionné, le concept est l'unité de base dans toute démarche terminologique, d'ailleurs nous devons définir les concepts dans un domaine ou sous-domaine donné pour assurer le principe d'uninotationalité. D'après Louise Larivière (1996:410), « chaque notion occupe une place définie à l'intérieur d'un système organisé de relations. C'est cette place qui, au premier chef, permet de caractériser la notion qui va, par suite, s'expliciter par sa définition. » Cette observation nous permet d'affirmer qu'on définit les concepts (et par conséquent les termes) partant d'un système conceptuel, et toujours en relation avec d'autres concepts qui ont une position précise dans un tel système. Vu les relations entre les concepts (de préférence hiérarchiques), nous sommes en mesure de définir les termes. Il y a plusieurs types de définitions en terminologie. La définition générique ou la définition par compréhension est le type le plus courant. Il s'agit du modèle qui prévoit la définition par genre prochain et différence spécifique. D'abord, nous devons expliciter le terme superordonné et après le distinguer par rapport au concept qu'on définit et aux concepts se trouvant sur le même niveau d'abstraction. Un exemple peut-être banal : le psychiatre est médecin (concept superordonné puisque le chirurgien, l'oncologue, l'ophtalmologue, etc. sont aussi des médecins) traitant les troubles mentaux, ce qui le différencie des autres médecins mentionnés qui traitent d'autres troubles ou maladies. Ce modèle pourrait se traduire par la formule suivante : X (terme) = Y (hyperonyme) + caractère spécifique. Un autre type courant de définition en terminologie est la définition catégorielle – elle s'utilise pour « marquer le rapport avec une catégorie de pensée » (Larivière, 1996:408). Il s'agit en fait d'un concept générique qui est très large : phénomène, fait, ensemble, processus... En d'autres mots, c'est le genre suprême (concept très vaste) qui caractérise la définition catégorielle et non le genre prochain. Selon le manuel *La rédaction des définitions terminologiques* (2009:10), la définition catégorielle « cherche à classer le concept dans une catégorie très vaste et à le particulariser au moyen des caractères extrinsèques, tels que les causes, les résultats, les effets, la fonction, l'usage, la provenance ou la destination de l'objet rattaché au concept défini. » Par exemple, nous pourrions définir le terme « syndrome » par définition catégorielle comme un ensemble des symptômes qui identifient une maladie. Enfin, il faut mentionner quelques règles pour la formulation d'une bonne définition terminologique : 1. la définition doit être concise et tenir en une seule phrase : « Le principe de concision exige du rédacteur qu'il s'en tienne aux caractères essentiels et nécessaires. » (Robert Vézina et al., 2009:12), 2. la définition ne doit être ni trop large ni trop étroite, 3. la définition ne peut pas être une paraphrase du terme qui désigne le concept (absence de tautologie), 4. la définition doit être affirmative (on définit ce que le

concept est et non ce qu'il n'est pas), 5. la définition ne peut pas être circulaire (définition qui renvoie à un autre concept dont la définition renvoie au concept de départ (Robert Vézina, 2009:37)).

3.4. L'arborescence

Après avoir décrit les termes, nous allons les mettre en relation à l'aide d'une représentation (schéma) graphique, appelée arborescence ou arbre conceptuel. Les relations entre les termes découlent directement des relations entre les concepts.

Chaque concept se compose de caractères⁵ et s'analyse par son intention et son extension. Selon Depecker (2002:43), l'intention ou la compréhension du concept « représente l'ensemble des caractères qui constituent un objet. » Donnons un exemple tiré de notre domaine du travail : les troubles de l'humeur se caractérisent par une perturbation de l'humeur cliniquement significative par rapport au fonctionnement antérieur et doivent durer pendant un temps exactement déterminé. Alors, l'humeur perturbée, un fonctionnement altéré et la durée de cet état sont trois caractères essentiels qui établissent l'intention ou la compréhension du concept « troubles de l'humeur. » L'extension représente, en revanche, « l'ensemble des objets auxquels s'applique ce concept. » (*Ibidem*) Dans notre cas, l'extension du concept et en conséquence l'extension du terme « troubles de l'humeur » seraient tous les termes auxquels s'appliquent ces caractères : trouble dépressif majeur, trouble dysthymique, trouble bipolaire I, trouble bipolaire II, trouble cyclothymique, etc.

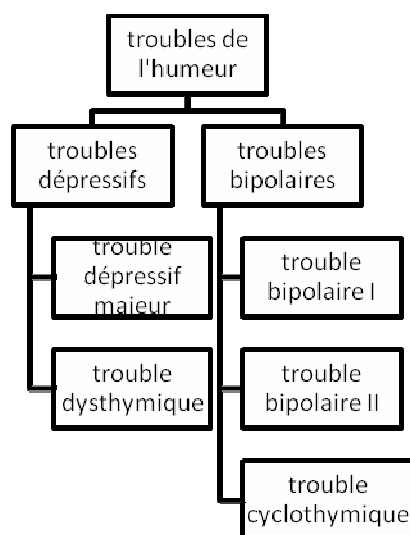
Il existe deux critères de subdivision des concepts. D'une part, les concepts peuvent être uniques et généraux. Un concept unique correspond à un seul objet, par exemple les noms des antidépresseurs « Anafranil, Prozac, Zoloft, Cymbalta », etc. Le cas échéant, ce concept est dit « appellation. » Un concept général correspond à deux objets ou plus, par exemple les molécules des médicaments cités ci-dessus : « clomipramine, fluoxétine, sertraline et duloxétine. » La majorité des concepts sont des concepts généraux.

D'autre part, les relations entre les concepts peuvent différer. On distingue généralement les relations hiérarchiques des relations associatives. Dans ce travail, nous avons opté pour présenter les concepts et conséquemment les termes dans les relations hiérarchiques. C'est une relation entre deux concepts qui est soit une relation générique soit

⁵On divise les caractères en caractères essentiels, c.-à-d. indispensables pour comprendre un concept, et en caractères distinctifs, c.-à-d. utilisés pour distinguer un concept d'autres concepts associés (ISO 1087-1:2000, p. 21).

une relation partitive. Dans une relation générique, le concept générique a la plus petite compréhension et le concept spécifique la plus grande compréhension : le trouble de l'humeur étant un concept générique il a moins de caractères que le concept trouble dépressif majeur qui a plus de caractères. Le concept générique est superordonné au concept spécifique qui lui est subordonné. Par contre, dans une relation partitive, on distingue le concept intégrant du concept partitif, le premier est considéré comme le tout et le second est considéré comme l'une de parties constituant le tout : par exemple l'épisode dépressif majeur n'est pas une entité particulière (on ne peut pas la diagnostiquer isolément), mais une partie du trouble dépressif majeur (celui-ci est diagnostiqué si le sujet présente un épisode dépressif majeur). Dans une telle relation, le concept intégrant est superordonné au concept partitif qui lui est subordonné (cf. ISO 1087:1-2000, p. 19). Nous allons illustrer ces deux situations pour mieux les comprendre :

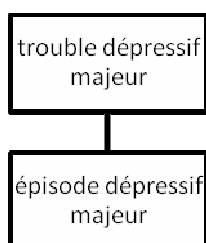
1. relation générique :



Il vaut pour les relations génériques que le terme subordonné ait tous les caractères que possède le terme superordonné plus au moins un caractère distinctif. Alors, le terme « trouble de l'humeur » est l'hyperonyme des termes « trouble dépressif » et « trouble bipolaire » qui sont hyponymes de ce terme. En plus, « trouble dépressif » est en même temps hyperonyme de « trouble dépressif majeur » et de « trouble dysthymique », lorsque « trouble bipolaire » est l'hyperonyme de « trouble bipolaire I », « trouble bipolaire II » et « trouble cyclothymique. » Il est caractéristique pour ce genre de relations que l'hyperonyme est lié directement à l'hyponyme et vice versa : les troubles dépressifs sont le trouble dépressif majeur et le trouble dysthymique, et ces deux derniers sont en même temps des troubles dépressifs. Cette règle ne

vaut pas pour les relations partitives. Il faut encore ajouter que les concepts se trouvant au même niveau d'abstraction s'appellent concepts coordonnés ou isonymes – troubles dépressifs et troubles bipolaires sont des isonymes.

2. relations partitives :



L'épisode dépressif majeur n'équivaut pas au trouble dépressif majeur. Il n'est qu'un des composants de ce trouble, donc, on peut parler dans ce cas de la relation « partie-tout. »

Pour ce qui est de notre arborescence, il faut stipuler que nous n'allons pas présenter que des termes pertinents à notre sous-domaine. Dans un corpus, on trouve d'habitude beaucoup de termes n'appartenant pas strictement au sous-domaine qu'on traite et analyse. Donnons un exemple de notre corpus. Si on tombe sur le terme « énurésie », c'est le domaine de la psychiatrie : ses hyperonymes sont « troubles du contrôle sphinctérien » et « troubles diagnostiqués dans l'enfance. » Ou bien le terme « cauchemar » dont l'hyperonyme est « parasomnie », puis « trouble du sommeil. » Il peut arriver que le domaine ne soit pas la psychiatrie, mais une autre discipline médicale, le plus souvent lorsqu'on aborde des effets indésirables des médicaments. Ainsi, nous trouvons les termes « hypertrophie bénigne de la prostate » relatif à l'appareil génito-urinaire, plusieurs cardiopathies (« hypotension », « hypertension », « tachycardie »...) relatives à l'appareil circulatoire, puis les termes relatifs aux maladies de l'œil comme « glaucome à angle ouvert » et « glaucome à angle fermé » etc. Ces termes périphériques ne seront pas inclus dans l'arbre conceptuel.

Enfin, tous les termes se trouvant sur l'arborescence doivent être présents et décrits dans les fiches terminologiques – l'arbre conceptuel est, donc, un outil complémentaire aux fiches et sert à mieux saisir les rapports entre les termes du corpus. Les fiches, par contre, décrivent en détail chaque terme. Ce qui rapproche les fiches et l'arborescence sont les relations entre les termes (isonymes, hyponymes, hyperonymes) puisque celles-ci sont visibles concomitamment sur les deux.

4. Présentation du domaine et du sous-domaine

4.1. Généralités sur la psychiatrie en tant que branche médicale

Il faut d'abord écrire quelques mots sur le domaine et le sujet qui font l'objet de notre traduction. Les troubles mentaux, à savoir les troubles psychiques, sont des entités morbides entrant dans le domaine de la psychiatrie qui est l'une des spécialités médicales. Au premier abord, une spécialité bien différente des autres au sein de la médecine en raison de l'opposition entre ce qui est physique et ce qui est mental. Néanmoins, cette distinction est faite au niveau général afin de pouvoir mieux classer les maladies et ne saurait suggérer que ces deux groupes sont tout à fait indépendants l'un de l'autre – tout au contraire, il y a beaucoup de physique dans le mental et beaucoup de mental dans le physique.

Une autre différence considérable par rapport à la majorité des autres maladies physiques, c'est que les causes (l'étiologie) pour la plupart des troubles psychiques restent encore inconnues. C'est pourquoi la psychiatrie a créé trois grands modèles qui pourraient répondre à la question du développement de la maladie mentale : la psychogenèse, l'organogenèse et la sociogenèse. Le premier modèle considère que l'origine d'un trouble mental est d'ordre psychologique : par exemple un des plus grands courants théoriques dans ce domaine, la psychanalyse, explique les problèmes psychiques en tant que conséquence des conflits intérieurs survenus pendant l'enfance. Le deuxième modèle repose sur les fondements neurochimiques, d'inspiration biomédicale, qui domine toute la médecine contemporaine (Guelfi et Rouillon, 2012). Ce modèle associé à la psychiatrie biologique « affirme que tous les troubles mentaux peuvent et doivent être compris comme des maladies du cerveau » (François Gonon, 2011:54). Par ailleurs, cette position organique et physiologique implique que les troubles mentaux peuvent être traités par des médicaments psychotropes, d'où le grand succès de la psychopharmacologie. Ce point de vue scelle également la scientificité de la psychiatrie en tant qu'une branche de médecine égale à toutes les autres. Enfin, le troisième modèle relève du rapport entre la maladie mentale et les influences de la société, c'est-à-dire de l'entourage. Aujourd'hui, on estime généralement que l'étiologie possible des troubles mentaux ne peut pas se circonscrire autour d'un seul modèle présenté ci-dessus ; il s'agit plutôt d'intégrer les causes et les influences sur le développement d'un trouble psychique dans un modèle multifactoriel. La multitude des interactions qui ont conduit jusqu'à un état

psychique pathologique et les conséquences qui entraînent la maladie mentale montrent directement la liaison entre la psychiatrie et d'autres sciences naturelles, mais aussi les sciences sociales et humaines : à titre d'exemple le droit, l'action sociale, la sociologie, la philosophie, la psychologie, etc.

Mentionnons ici le rapport entre la psychiatrie et la psychologie. Pour discerner la différence entre ces deux disciplines, nous voudrions proposer leurs définitions présentées dans la littérature spécialisée. D'une part, la psychologie est « l'étude scientifique du comportement et des processus mentaux » (Huffman, 2009:5). Le comportement est « l'ensemble de nos actes observable », par exemple parler, dormir, cligner des yeux ou lire (Huffman, 2009:5). Les processus mentaux « relèvent de nos expériences intimes et intérieures », par exemple nos pensées, nos perceptions, nos sentiments, nos souvenirs ou nos rêves (*ibidem*). D'autre part, la psychiatrie est « la discipline médicale consacrée à l'étude et au traitement des maladies mentales » (Larousse médical). Bien que la plupart des recherches psychologiques soient centrées sur le fonctionnement normal de tout être humain, la psychologie clinique s'intéresse en revanche à examiner un individu spécifique en sa totalité, alors elle doit prendre en compte tantôt ce qui est normal, tantôt ce qui est anormal chez le sujet en question – la méthode clinique est « la méthode du cas par cas, ou mieux, la méthode du un par un » (Robinson, 2005:17). Pour le psychologue clinicien, il est fondamental de prendre en compte toute l'histoire personnelle d'un sujet qui demande une aide psychologique afin de comprendre son comportement et les gênes que le client peut présenter. L'étude du comportement et des processus mentaux chez l'individu sous-entend aussi la connaissance de ce que celui-ci peut avoir de pathologique. C'est dans l'étude de la psychopathologie que la psychologie clinique se rapproche de la psychiatrie.

La psychopathologie est l'étude systématique des pathologies psychiques, à savoir les troubles mentaux. Elle considère les possibles causes du trouble, essaie de les décrire, classer, saisir ses mécanismes et son évolution. Il s'agit en fait d'une discipline théorique exploitée de concert par la psychiatrie et la psychologie clinique. Cette dernière utilise la psychopathologie pour évaluer un sujet tout en utilisant différentes méthodes, entre autres l'entretien clinique et des outils de mesure, notamment une vaste gamme de tests psychologiques standardisés, par exemple les tests d'intelligence ou les tests de personnalité. Ces évaluations du psychologue clinicien peuvent être d'une importance essentielle dans le diagnostic d'un trouble psychique. Et là, il faut souligner que seuls les psychiatres peuvent poser le diagnostic d'après les informations cliniques collectées, obtenues entre autres par les

tests mentionnés. Pour conclure ce passage, nous voulons mettre en évidence que la psychiatrie se distingue principalement de la psychologie clinique du fait qu'elle applique la théorie (la psychopathologie) pour traiter les troubles psychiques, une fois que le diagnostic a été posé. Le traitement proposé peut consister en une thérapie médicamenteuse, psychothérapie⁶, électroconvulsivothérapie (ECT) et autres.

4.2. La nosologie psychiatrique

La nosologie est selon le Larousse médical la « partie de médecine qui étudie les critères qui servent à définir les maladies afin d'établir une classification. » Il faut souligner en premier lieu que l'ouvrage de référence actuel dans la classification des troubles psychiques est la quatrième version révisée du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, abrégé DSM-IV-TR⁷, publié par l'Association américaine de psychiatrie (APA). Le DSM-IV, qui « s'est imposé comme classification de référence depuis les années 1980 » (Demazeux, 2007-08:67), comporte les définitions et les critères diagnostiques des troubles psychiques pour former une classification universellement adoptée. Une autre classification en vigueur qui ne se limite pas seulement aux troubles psychiques est la dixième révision de la Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, abrégée CIM-10, publiée par l'OMS. La classification des troubles mentaux se retrouve dans le cinquième chapitre de la CIM. Ces troubles sont codés par la lettre F suivie du chiffre d'un trouble (p. ex. F41.1 pour l'anxiété généralisée). Les deux classifications présentent beaucoup de similitudes et sont par suite très compatibles puisque les auteurs des deux classifications ont travaillé en collaboration étroite. La version internationale du DSM-IV⁸ facilite l'utilisation du manuel dans les pays ayant adopté la CIM-10 comme système officiel d'encodage et d'enregistrement des maladies (DSM:XXIV). C'est pourquoi le DSM-IV introduit parallèlement les codes de la CIM pour la majorité des troubles qui sont décrits dans le DSM-IV chaque fois qu'il existe une correspondance.

⁶La psychothérapie jouit d'un statut particulier – la pratique de ce type de traitement n'est pas limitée aux psychiatres ; les psychologues et autres professionnels de la santé peuvent exercer la psychothérapie en tant qu'une des stratégies thérapeutiques. Alors, si on dit que seuls les psychiatres peuvent traiter les troubles psychiques, on laisse sous-entendre qu'il s'agit des traitements médicaux au sens étroit : un traitement médicamenteux et l'ECT.

⁷ Sigle TR correspond à « texte révisé. »

⁸ La version internationale du DSM-IV est identique à la version standard (qui envisage le public américain) à l'exception du remplacement des codes diagnostiques de la neuvième révision de la CIM, version Modifications cliniques (CIM-9-MC), utilisée aux États-Unis à l'époque de la parution du DSM-IV, par ceux de la CIM-10. (DSM:XXIV) La version internationale du DSM-IV s'applique aussi à la traduction croate du DSM-IV puisque la Croatie avait déjà commencé à utiliser la CIM-10 au moment de la publication de la traduction en question (en 2000).

Le DSM-IV représente chaque trouble mental « comme un modèle ou un syndrome comportemental ou psychologique cliniquement significatif, survenant chez un individu et associé à une détresse concomitante (p. ex. symptôme de souffrance) ou à un handicap (p. ex. altération d'un ou de plusieurs domaines du fonctionnement ou à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté » (DSM:XXV). Il n'existe pas une définition univoque et satisfaisante d'un trouble mental et ses limites sont très souvent floues. C'est pour cela que la méthodologie des critères diagnostiques et du classement de ces troubles devait être attentivement élaborée et explicitée. Le DSM-IV est basé sur une approche catégorielle⁹ qui « répartit les troubles mentaux en types fondés sur des groupes de critères bien définis » (DSM:XXVI). En pratique, ce constat signifie qu'on observe plusieurs classes diagnostiques homogènes regroupées logiquement selon les caractéristiques semblables, p. ex. troubles liés à une substance, troubles de la personnalité, troubles du sommeil, etc. Toutefois, le DSM-IV reconnaît l'hétérogénéité des présentations cliniques. Cela veut dire qu'un individu remplissant les critères diagnostiques pour un trouble mental peut être diagnostiqué soit uniquement pour ce trouble qui est alors isolé (p. ex. trouble dépressif majeur), soit pour un ou pour plusieurs autres troubles qui lui sont alors associés (p. ex. trouble dépressif majeur peut survenir concomitamment avec trouble panique, trouble obsessionnel-compulsif, anorexie, boulimie, troubles de la personnalité, etc.). Le DSM-IV prévoit une catégorie « troubles associés » pour chaque entité diagnostique afin de faciliter le diagnostic aux cliniciens. A contrario, certains troubles sont similaires par rapport aux symptômes et doivent être strictement limités les uns des autres. Le DSM-IV prévoit la catégorie « diagnostic différentiel » des troubles qui s'excluent mutuellement (bien qu'ils puissent avoir une présentation similaire), à titre d'exemple si le patient présente un épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque, il ne peut pas être diagnostiqué d'un trouble dépressif, mais d'un trouble bipolaire (de type I ou II). Comme nous l'avons déjà dit, il existe une hétérogénéité des tableaux cliniques, pas seulement par rapport à d'autres entités morbides, mais aussi au cadre d'un même diagnostic : le trouble dépressif majeur peut se manifester sous plusieurs formes. Le DSM-IV prévoit donc une spécification qui vise « à une description exhaustive de toutes les formes cliniques possibles » (DSM-IV-TR:2). Voici les spécifications qui peuvent être ajoutées après certains diagnostics (dont le trouble dépressif majeur) pour

⁹ Le diagnostic catégoriel a seulement deux valeurs possibles : présent ou absent (Demazieux, 2007-08:75). La présence ou l'absence des symptômes préétablis suffit pour poser le diagnostic. Par contre, l'approche dimensionnelle introduit des degrés pour former un continuum diagnostique allant du normal au pathologique. Le prochain DSM-V dont la publication est prévue pour mai 2013 va adopter l'approche dimensionnelle.

indiquer la sévérité et l'évolution : léger, moyen, sévère, en rémission partielle, en rémission complète, et antécédents (DSM:2).

Pour finir, il faut mettre en lumière que dans le but d'établir un diagnostic plus précis, le DSM-IV propose un système d'enregistrement multiaxial qui « facilite une évaluation systématique et globale tenant compte des divers troubles mentaux, des affections médicales générales, des problèmes psychosociaux et environnementaux ainsi que du niveau de fonctionnement qui pourrait être mal évalué si l'attention était uniquement centrée sur l'évaluation du seul problème manifeste » (DSM:33). Le DSM-IV comprend cinq axes comme suit : axe I – troubles cliniques, axe II – troubles de la personnalité, axe III – affections médicales générales, axe IV – problèmes psychosociaux et environnementaux et axe V – évaluation globale du fonctionnement. Bien entendu, les diagnostics sont enregistrés sur plusieurs axes s'il y en a plusieurs, à titre d'exemple le trouble dépressif majeur sur l'axe I et la personnalité borderline sur l'axe II. Le diagnostic principal (dit aussi motif de consultation) est indiqué en premier s'il appartient à l'axe I (DSM:4).

4.3. Les troubles dépressifs et anxieux

Nous voudrions présenter brièvement les troubles abordés dans les textes originaux que nous allons traduire. Les troubles dépressifs sont en fait des troubles faisant partie d'une classe de troubles qui leur sont supérieurs dans la hiérarchie diagnostique : ce sont les troubles de l'humeur. L'autre classe séparée sont les troubles anxieux – dans la catégorisation des troubles mentaux, ils se différencient strictement des troubles de l'humeur. Pourtant, les symptômes que peuvent manifester les patients dépressifs et les patients anxieux sont souvent très similaires. Les uns et les autres peuvent être déprimés et anxieux, donc il faut identifier ce qui est principal de ce qui est secondaire. Si le sujet présentant une dépression éprouve en même temps les attaques de panique (un des symptômes anxieux), ces attaques peuvent être secondaires et disparaître lorsque le trouble principal est pris en charge. Le sujet peut également être diagnostiqué pour un trouble panique s'il remplit tous les critères diagnostiques et qui devient alors une entité diagnostique séparée du trouble dépressif majeur. Il existe une multitude de situations et combinaisons qui doivent chaque fois être examinées au cas par cas.

Il faut encore signaler le fait que la dépression (dans la langue courante dite aussi tristesse, mal-être, mélancolie, accablement, etc.) et l'anxiété (dans la langue courante dite aussi angoisse, inquiétude, préoccupation, tourment, etc.) sont en réalité des émotions

humaines normales lorsqu'elles sont la conséquence d'un événement pénible dans la vie de l'individu. Or, ces émotions peuvent devenir pathologiques dans la mesure où elles deviennent invalidantes et commencent à influencer la vie du patient. C'est pour cela qu'un des critères primordiaux pour poser le diagnostic d'un trouble mental, dont la dépression ou l'anxiété sont les symptômes, est une souffrance cliniquement significative. Ce critère permet aux cliniciens de distinguer une émotion normale d'un symptôme pathologique.

Outre le critère de l'intensité d'un symptôme, il y a beaucoup d'autres critères relatifs à chaque trouble. Ces critères doivent être suffisamment nombreux pour que le trouble puisse atteindre le seuil diagnostique. Nous n'allons pas présenter ici d'une manière détaillée les critères spécifiques de chaque trouble mental, d'ailleurs ceux-ci peuvent être consultés dans le DSM-IV ou dans la CIM-10.

4.3.1. Les troubles de l'humeur

La principale caractéristique des troubles de l'humeur est une perturbation de l'humeur. Cette perturbation s'exprime sous forme d'un épisode thymique. Ces épisodes ne sont pas des entités autonomes, ils sont « les éléments qui sont utilisés pour construire les diagnostics des troubles » (DSM-IV:399). Parmi les épisodes thymiques, on distingue : épisode dépressif majeur, épisode maniaque, épisode mixte et épisode hypomaniaque. La présence d'au moins un épisode thymique est le critère pour poser le diagnostic d'un trouble de l'humeur.

Les troubles de l'humeur se divisent en troubles dépressifs (« dépression unipolaire ») d'une part et troubles bipolaires d'autre part. Il faut subdiviser encore les troubles dépressifs en trouble dépressif majeur et trouble dysthymique. Le trouble dépressif majeur est caractérisé par « un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs » (DSM-IV:399). Les troubles bipolaires se subdivisent en trouble bipolaire I, trouble bipolaire II et trouble cyclothymique. Les troubles dépressifs se distinguent des troubles bipolaires par « l'absence d'antécédents d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque » (*Ibidem*). Par contre, les troubles bipolaires peuvent comporter la présence d'un épisode dépressif majeur, mais la présence d'un épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque est absolument nécessaire pour poser ce diagnostic. Le trouble bipolaire I est caractérisé par « un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs » (*Ibidem*). Le trouble bipolaire II est caractérisé par « un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés par au moins un épisode hypomaniaque » (*Ibidem*). Le trouble dysthymique est un trouble apparenté au

trouble dépressif majeur, sauf que les symptômes dépressifs sont plus légers et ne remplissent pas les critères d'un épisode dépressif majeur. Ces symptômes qui sont d'une moindre intensité doivent durer au moins deux ans. Le trouble cyclothymique est d'un autre côté un trouble apparenté au trouble bipolaire parce que le patient éprouve de nombreuses périodes d'hypomanie (manie moins intense) qui ne répond pas aux critères d'un épisode maniaque et « de nombreuses périodes dépressives ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif majeur » (DSM-IV:400).

4.3.2. Les troubles anxieux

Les troubles anxieux présentent une entité des troubles mentaux dont la caractéristique principale est une peur pathologique et exagérée qui ne survient pas comme réaction à un danger réel, mais comme réaction à un danger perçu ou imaginé. L'anxiété qui est présente dans tous les troubles de cette catégorie peut varier selon son intensité, sa nature et sa source. Il vaut pour tous les troubles qu'ils altèrent le fonctionnement d'un individu, engendrent une gêne importante dans la vie de tous les jours, influencent les fonctions cognitives, les émotions, ainsi que le comportement. Les troubles anxieux sont également accompagnés dans la majorité des cas par des symptômes physiques tels que palpitations, tachycardie, sensation de boule dans la gorge, diarrhée, difficultés à respirer, sensation d'étouffement, hyperventilation, maux de tête, nausée, vertige, vomissement, troubles du sommeil, difficultés de concentration, problèmes de mémoire, etc.

Les troubles anxieux les plus fréquents sont les troubles d'anxiété phobique (phobie sociale, phobie spécifique, agoraphobie), le trouble d'anxiété généralisée et le trouble obsessionnel-compulsif. L'anxiété phobique est déclenchée par un objet phobogène ou une situation phobogène n'ayant pas un caractère objectivement dangereux, mais la personne reconnaît cet objet ou cette situation comme menaçante et dangereuse, malgré la conscience de l'absurdité de sa crainte. Par exemple, dans l'agoraphobie il existe la peur de se trouver dans un endroit et de ne pas pouvoir s'en échapper (qui peut être accompagnée d'attaques de panique), dans la phobie sociale la peur des situations sociales, dans la phobie spécifique la peur d'un objet ou d'une situation spécifique (la peur d'animaux, des hauteurs, des transports, des lieux clos, de l'eau, du noir...). Par contre, l'anxiété généralisée est une anxiété permanente et excessive qui n'est pas liée à un objet ou à une situation spécifique. Le trouble obsessionnel-compulsif se caractérise par la présence d'obsessions (pensées intrusives) qui

déclenchent l'anxiété et/ou de compulsions (actions ritualisées) qui servent à neutraliser ou à réprimer les obsessions.

5. Traductions des textes originaux



ISPRAVNA UPORABA ANTIDEPRESIVA U LIJEČENJU DEPRESIVNIH I ANKSIOZNIH POREMEĆAJA ODRASLIH

PREPORUKE

SADRŽAJ

PREDGOVOR	1
UVOD.....	1
1. OPĆENITO O DEPRESIVNIM I ANKSIOZNIM POREMEĆAJIMA	1
1.1. Depresivni poremećaji.....	1
1.2. Anksiozni poremećaji.....	2
2. ANTIDEPRESIVI DOSTUPNI NA FRANCUSKOM TRŽIŠTU.....	2
2.1. Različite skupine antidepresiva i elementi farmakologije	2
2.2. Indikacije i neindikacije.....	3
2.3. Pred-terapijska obrada.....	3
2.4. Doziranje, određivanje koncentracije u krvi i način primjene	4
2.5. Tolerancija	4
2.6. Prekid liječenja	5
2.7. Informiranje pacijenata	5
3. SPECIFIČNOSTI NAČINÂ PROPISIVANJA LIJEKOVA KOD VELIKIH (KARAKTERIZIRANIH) DEPRESIVNIH EPIZODA	6
3.1. Kriteriji za izbor antidepresiva	6
3.2. Evaluacija učinkovitosti	7
3.3. Evaluacija tolerancije.....	8
3.4. Kombinacije lijekova	8
3.5. Terapijske strategije kod nedovoljnog odgovora.....	9
3.6. Terapijske strategije kod relapsa ili rezistencije na liječenje antidepresivima.....	9
3.7. Trajanje liječenja	9
3.8. Specifičnosti kod nekih posebnih slučajeva.....	9
3.9. Psihijatrijski komorbiditet.....	11
3.10. Somatski komorbiditet	11
4. SPECIFIČNOSTI NAČINÂ PROPISIVANJA LIJEKOVA KOD ANKSIOZNIH POREMEĆAJA (OKP, PP, SF, GAP, PTSP)	11
4.1. Opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP).....	11
4.2. Panični poremećaj (PP)	12
4.3. Socijalna fobija ili socijalni anksiozni poremećaj	12
4.4. Generalizirani anksiozni poremećaj (GAP).....	12
4.5. Posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)	13
ZAKLJUČAK.....	13
PRILOZI.....	14
Prilog 1. - Osnovne definicije depresivnih poremećaja, ostalih poremećaja raspoloženja i karakteriziranog anksioznog poremećaja.....	15
Prilog 2. - Dijagnostički kriteriji za veliku (karakteriziranu) depresivnu epizodu (DSM-IV-TR).....	16
Prilog 3. - Antidepresivi u liječenju depresivnih epizoda dostupni na francuskom tržištu	16

PREDGOVOR

Indikacije u liječenju depresivnih i anksioznih poremećaja antidepresivima s Proizvodnom dozvolom za lijekove (Autorisation de Mise sur le Marché - AMM) temelje se na nozografskim sklopovima preuzetim iz četvrtog revidiranog izdanja Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-IV-TR). Stoga se i ove preporuke zasnivaju na tim istim nozografskim definicijama.

UVOD

Ove preporuke služe uspješnijem prepoznavanju pacijenata kojima je potrebno liječenje antidepresivima te poboljšanju ispravne uporabe tih lijekova kod depresivnih i anksioznih poremećaja odraslih. Ove preporuke ne odnose se na djecu i adolescente. Enureza, migrena, poremećaji hranjenja ili neuropatske boli isključene su iz ovih preporuka.

Medikamentozno liječenje čini samo jedan aspekt liječenja osoba s depresivnim ili anksioznim poremećajima. Od ostalih oblika liječenja, prvenstveno im se može predložiti psihoterapijski tretman te eventualno drukčiji oblici terapije poput elektrokonvulzivne terapije kod depresivnih poremećaja. Ostali oblici liječenja samo će biti spomenuti u ovim preporukama.

Antidepresivi su u prošlosti bili lijekovi za liječenje depresije, a njihove terapijske indikacije kasnije su se proširile na ostale poremećaje, prvenstveno anksiozne poremećaje.

Više je istraživanja provedeno u području depresivnih poremećaja, nego u području anksioznih poremećaja.

1. OPĆENITO O DEPRESIVNIM I ANKSIOZNIM POREMEĆAJIMA¹

Dijagnosticiranje depresivnog ili anksioznog poremećaja i indiciranje terapije antidepresivima slijedi nakon sustavnog kliničkog pregleda, a ne temelji se na običnom kliničkom dojmu. Klinički pregled omogućava razlikovanje depresivnog ili anksioznog poremećaja od jednog ili više simptoma depresije i anksioznosti koji ne prelaze prag kojim je poremećaj definiran. Zbog toga prisutnost simptoma depresije ili anksioznosti uslijed nekog važnog životnog događaja za osobu (žalovanje, razvod, nezaposlenost...) nije dovoljna za postavljanje dijagnoze depresivnog ili anksioznog poremećaja.

Evaluacija suicidalnog rizika treba se sustavno provoditi prilikom uzimanja anamneze svih osoba sa simptomima depresije ili anksioznosti, čak i ako pacijent ne započne sam govoriti o tome. Takva evaluacija zahtijeva stručno mišljenje. Suicidalni rizik veći je kod mladih odraslih osoba i starijih osoba, nego kod ostatka odrasle populacije².

1.1. DEPRESIVNI POREMEĆAJI

Unipolarni veliki depresivni poremećaj temeljni je entitet depresivnih poremećaja, a definiran je prisutnošću jedne ili više velikih (karakteriziranih) depresivnih epizoda³ u životu osobe, i odsutnošću maničnih ili hipomaničnih epizoda.

¹ Osnovne definicije depresivnih poremećaja, ostalih poremećaja raspoloženja i karakteriziranog anksioznog poremećaja predstavljene su u Prilogu 1.

² Ove preporuke ne bave se liječenjem dok je prisutan suicidalni rizik: vidi Državna agencija za akreditaciju i evaluaciju u zdravstvu (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé). Suicidalna kriza: prepoznavanje i liječenje. Konsenzus konferencija, 19.-20. listopada 2000. Pariz: ANAES: 2000.

³ Izraz «velik» ne govori o težini poremećaja; on samo označava da depresivno stanje odgovara trenutnim međunarodnim kriterijima klasifikacije. Dijagnostički kriteriji velike (karakterizirane) depresivne epizode iz DSM-a IV-TR predstavljeni su u Prilogu 2.

Postoji više vrsta velike depresivne epizode:

- *prema intenzitetu: blaga, umjerena i teška:*

Procjena intenziteta simptoma podrazumijeva kliničku evaluaciju i eventualno korištenje validiranih skala. Definira se s obzirom na broj, intenzitet i utjecaj simptoma depresije:

- Blaga epizoda definirana je prisutnošću pet simptoma depresije te djelomičnim oštećenjem u funkcioniranju (socijalnom, radnom...) ili normalnim funkcioniranjem uz znatne i neuobičajene napore;
 - Teška epizoda definirana je prisutnošću osam ili devet simptoma depresije koji zadovoljavaju dijagnostičke kriterije te izrazitim i vidljivim oštećenjem u funkcioniranju;
 - Umjereni intenzitet na sredini je između blagog i teškog;
- *s obzirom na prisutnost melankoličnih, eventualno sumanutih obilježja*, kod teških epizoda.

Tijek depresivne epizode može biti sljedeći:

- *potpuna remisija* odgovara nestanku simptoma i povratku normalnom funkcioniranju;
- *djelomična remisija* odgovara takvom poboljšanju kod kojeg pojedinac više ne zadovoljava dijagnostičke kriterije velike depresivne epizode, ali su i dalje prisutni simptomi depresije, koji se nazivaju rezidualnim simptomima;
- *rezistentna depresivna epizoda* je epizoda kod koje nije postignut terapijski odgovor na ispravnu primjenu dva uzastopna antidepresiva, tj. na učinkovitu dozu tijekom vremenskog razdoblja od četiri do šest tjedana;
- *relaps* depresije odgovara ponovnom pojavljivanju simptoma depresije nakon privremenog poboljšanja tijekom jedne depresivne epizode;
- *recidiv* ili *povrat depresije* odgovara pojavljivanju nove depresivne epizode nakon potpune remisije u trajanju od najmanje dva mjeseca.

Velika depresivna epizoda može se javiti bez drugih poremećaja u anamnezi i više se ne ponavljati, ali se može javiti i u obliku povratnog unipolarnog depresivnog poremećaja ili, rjeđe, u obliku bipolarnog afektivnog poremećaja, što svaki put treba sustavno ispitati.

1.2. ANKSIOZNI POREMEĆAJI

Karakterizirani anksiozni poremećaji trebaju se razlikovati od uobičajene anksioznosti i simptoma anksioznosti. Anksiozni poremećaji definiraju se s obzirom na broj, intenzitet i trajanje simptoma te s obzirom na značaj emocionalnih smetnji ili utjecaja na život pacijenta.

Karakterizirani anksiozni poremećaju opisani u DSM-u-IV prvenstveno obuhvaćaju:

- opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP),
- panični poremećaj (PP) s ili bez agorafobije,
- agorafobiju bez prethodne anamneze paničnog poremećaja,
- jednostavne ili specifične fobije,
- socijalnu fobiju (SF),
- generalizirani anksiozni poremećaj (GAP)
- posttraumatski stresni poremećaj (PTSP).

2. ANTIDEPRESIVI DOSTUPNI NA FRANCUSKOM TRŽIŠTU

2.1. RAZLIČITE SKUPINE ANTIDEPRESIVA I ELEMENTI FARMAKOLOGIJE

Antidepresivi su podijeljeni u pet skupina (vidi Prilog 3.):

- triciklički antidepresivi, imipramini ili ostali,
- selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS),
- inhibitori ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (IPPSN),
- inhibitori monoaminooksidaze (IMAO), selektivni ili neselektivni MAO-A,
- «ostali antidepresivi» (dručkijeg farmakološkog mehanizma djelovanja).

2.2. INDIKACIJE I NEINDIKACIJE

Indikacije za liječenje antidepresivima ograničene su jer je njihova učinkovitost i sigurnost dokazana isključivo u jasno definiranim situacijama.

- *Antidepresivima se ne preporučuju liječiti:*

- simptomi depresije koji ne odgovaraju velikoj (karakteriziranoj) depresivnoj epizodi, odnosno izolirani simptomi ili oni čiji je broj nedovoljan da bi zadovoljio kriterije iz DSM-a ili oni čije je trajanje manje od 15 dana;
- karakterizirane depresivne epizode blagog intenziteta, a koje se antidepresivima mogu liječiti jedino ako su druge strategije bile neuspješne (vidi 2.7.).

Antidepresivi nisu indicirani kod distimičnog poremećaja, ciklotimičnog poremećaja i poremećaja prilagodbe s depresivnim raspoloženjem.

- *Indikacije kod unipolarnog velikog depresivnog poremećaja*

Liječenje velike depresivne epizode bez drugih poremećaja u anamnezi uključuje dvije faze:

- akutnu fazu (inicijalnu terapiju) čiji je cilj potpuna remisija simptoma;
- fazu konsolidacije čiji je cilj izbjeći ponavljanje epizode.

Kod povratnog depresivnog poremećaja uvodi se faza održavanja čiji je cilj prevencija recidiva (ili povrata).

Faza održavanja osobito je indicirana kod unipolarnog velikog depresivnog poremećaja u osoba koje su unazad četiri godine imale najmanje tri velike depresivne epizode:

- ako vremenski period između epizoda nije bio dug i/ili ako su epizode bile teške (prvenstveno suicidalni rizik, psihotični simptomi i funkcionalna onesposobljenost),
- pogotovo dok postoje rezidualni simptomi, popratne patologije, obiteljska anamneza depresije.

Potrebno je naglasiti da se u prevenciji novih epizoda kod bipolarnog poremećaja koriste stabilizatori raspoloženja kao lijekovi prvog izbora, a ne isključivo jedan antidepresiv.

Propisivanje antidepresiva najčešće nije neodgovorno: bolesnika je korisno pripremiti na terapiju tako što će se novi termin zakazati u roku od nekoliko dana.

- *Kod anksioznih poremećaja*

Izolirani simptomi anksioznosti ili oni koji ne odgovaraju karakteriziranom anksioznom poremećaju nisu indicirani za liječenje antidepresivima.

Samo karakterizirani anksiozni poremećaji koji utječu na život pacijenta indicirani su za liječenje antidepresivima.

Ne postoji indikacija za liječenje antidepresivima kod jednostavnih fobija i agorafobije bez drugih poremećaja u anamnezi.

2.3. PRED-TERAPIJSKA OBRADA

Preporučuje se:

- evaluacija simptomatologije depresivnosti i suicidalnog rizika;
- uzimanje osobne i obiteljske anamneze unipolarnih depresivnih poremećaja i bipolarnih poremećaja;
- isključivanje specifičnih kontraindikacija za svaku skupinu antidepresiva;
- uzimanje anamneze tjelesnih oboljenja i njihovo liječenje (kardiološke, urološke, oftalmološke, neurološke bolesti...);
- utvrđivanje psihijatrijskog komorbiditeta i ovisničkog ponašanja.

2.4. DOZIRANJE, ODREĐIVANJE KONCENTRACIJE U KRV I NAČIN PRIMJENE

Moguće je izdvojiti dvije skupine antidepresiva ovisno o tome može li se uobičajeno učinkovita doza odrediti odmah (npr. SIPPS) ili postupno u roku od tri dana do tjedan dana (npr. triciklički antidepresivi ili IMAO). Doza se određuje provođenjem sustavne i redovne evaluacije učinkovitosti i tolerancije (Stupanj B).

Preporučena početna doza antidepresiva, osobito onih tricikličkih, za osobe starije od 70 godina općenito je upola manja od preporučene doze za odrasle, a zatim se počinje postupno povećavati.

Učinkovita doza za odabranu molekulu treba se propisati poštujući pritom preporučene doze iz Proizvodne dozvole za lijekove AMM. Jedan od primarnih razloga neodgovaranja na terapiju jest davanje nedovoljne dnevne doze.

Kod depresivnih poremećaja, preporučene doze slične su u fazi inicijalne terapije, terapije konsolidacije i u potonjem slučaju u fazi prevencije recidiva (Stupanj B).

Prilagodba doze može biti potrebna ovisno o terapijskom odgovoru i toleranciji. Prije povećanja doze, potrebno je provjeriti suradljivost.

Preporučene doze kod anksioznih poremećaja u većini slučajeva nisu manje od doza preporučenih kod depresivnih poremećaja⁴. Kod pacijenata s paničnim poremećajem može biti potrebno postupno doziranje.

Koncentracija nekih antidepresiva, osobito onih tricikličkih, može se odrediti u krvi što omogućava prilagodbu doze pacijentu. Određivanje se treba provoditi isključivo kod nedovoljnog terapijskog odgovora, znatnih neželjenih učinaka ili zbog potrebe za provjerom suradljivosti.

2.5. TOLERANCIJA

Neželjeni učinci obično se javljaju u početku liječenja, ovisni su o dozi lijeka i prolazni.

- *Somatski učinci*

Najčešći neželjeni učinci vezani su uz farmakološke učinke lijekova različitih skupina:

- antikolinergični učinci tricikličkih antidepresiva: poremećaji vida, suha usta, konstipacija, tahikardija, retencija mokraće (učinci AŽS-a), smetenost (učinci SŽS-a).
Treba napomenuti da su antikolinergični učinci razlog nekim kontraindikacijama tricikličkih antidepresiva (rizik za glaukom zatvorenog kuta, benigna hipertrofija prostate);
- antihistaminski učinci tricikličkih antidepresiva: pospanost;
- serotoninergični učinci SIPPS-a i IPPSN-a: mučnina, povraćanje, proljev, pojačano znojenje, glavobolja, agitacija, nesanica, pospanost, vrtoglavica, tremor i astenija.

Mogući su i kardiovaskularni učinci:

- s obzirom da imaju učinke slične kinidinu (eng. «quinidine-like»), antikolinergidima i antagonistima alfa-1 adrenergičnih receptora, triciklički antidepresivi mogu inducirati ortostatsku hipotenziju, poremećaje srčanog ritma ili poremećaje atrioventrikularnog provođenja;
- neselektivni IMAO uzrokuju permanentnu i posturalnu hipotenziju;
- venlafaksin može uzrokovati povišenje krvnog tlaka zbog visokih doza lijeka.

Ostali učinci:

- povećanje tjelesne težine, seksualni simptomi, serotoninergični sindrom, hiponatrijemija (kod SIPPS-a), rizik od krvarenja (kod SIPPS-a i venlafaksina).

⁴ Vidi Prilog 5. i 6. izvješća.

Preporučuje se uvođenje kliničkog praćenja, osobito na početku liječenja. Očekivani neželjeni učinci trebaju se sustavno ispitivati i evaluirati kod svake konzultacije.

- *Psihički učinci*

Ponekad je teško razlikovati neželjene učinke terapije od simptoma depresije (primjerice suicidalne misli, anksioznost, nesanicu ili konstipaciju).

Svi antidepresivi mogu inducirati prijelaz u manično raspoloženje, osobito kod bipolarnih pacijenata.

Kod bipolarnih pacijenata, antidepresivi mogu inducirati brzu izmjenu ciklusa (najmanje četiri epizode poremećenog raspoloženja u godinu dana), stoga se antidepresivi trebaju izbjegavati kao monoterapija.

Pojava simptoma poput nesanice, razdražljivosti, anksioznosti, hiperaktivnosti pa čak i suicidalnih misli zahtijeva posebno praćenje i češću učestalost konzultacija.

2.6. PREKID LIJEČENJA

- *Načini prekida*

Po završetku uspješnog liječenja, preporučuje se postupno smanjivanje doze kako bi se spriječila pojava sindroma ustezanja s jedne strane, te veća učestalost konzultacija s druge strane budući da postoji rizik od ponovnog pojavljivanja simptoma zbog kojih je liječenje bilo započeto (Stupanj A). Sindrom ustezanja, poznat i kao apstinencijski sindrom, ne znači da je pacijent ovisan o antidepresivima.

Period smanjivanja doze produljuje se s obzirom na duljinu trajanja liječenja. Taj period uglavnom traje od mjesec dana do šest mjeseci (Stupanj C), na primjer:

- liječenje < 1 godine: prekid unutar nekoliko tjedana, npr. smanjivanje dnevne doze svakog tjedna;
- liječenje > 1 godine: prekid unutar nekoliko mjeseci, npr. smanjivanje dnevne doze svakog mjeseca.

- *Sindrom ustezanja (ili apstinencijski sindrom)*

Sindrom ustezanja javlja se po prestanku uzimanja lijeka u sljedećim danima, rijetko kad više od jednog tjedna i u prosjeku traje manje od tjedan dana.

Najčešći simptomi su:

- anksioznost, razdražljivost, napetost,
- noćne more i ostali poremećaji spavanja,
- osjet vrtoglavice, poremećaji ravnoteže i ostali neurosenzorni poremećaji,
- sindrom gripe (rinoreja, mialgija, slabost, mučnina, povraćanje, proljev, tresavica).

Ti simptomi ne smiju se zamijeniti za simptome depresije ili anksioznosti.

Rizični faktori za pojavu sindroma ustezanja: visoka doza lijeka, produljeno trajanje liječenja, nagli prekid liječenja te farmakokinetička obilježja lijeka.

Postupci kojih se treba pridržavati:

- reći pacijentu da se radi o prolaznim simptomima,
- ukoliko za time postoji potreba, ponovno privremeno uvesti prethodnu dozu antidepresiva,
- zatim osigurati još progresivnije ustezanje od terapije.

Preporučuje se da se nakon određenog vremena kod pacijenta provjeri potpuna remisija.

2.7. INFORMIRANJE PACIJENATA

Informiranje pacijenata neophodno je radi poboljšanja njihovih saznanja o depresivnim i anksioznim poremećajima te o značajkama medikamentoznog liječenja. Pacijente se preporučuje upozoriti

na rizik od relapsa i naučiti ih kako prepoznati znakove (osobito one rane) depresivnih ili anksioznih poremećaja.

Informacije se također moraju odnositi na:

- način uzimanja lijekova,
- vremensku odgodu povoljnih učinaka terapije,
- nužnost uzimanja terapije čak i nakon kliničkog poboljšanja,
- najčešće neželjene učinke terapije,
- mogućnost kontakta s liječnikom ako pacijent ima neko pitanje ili problem, ali i ako dođe do pogoršanja poremećaja,
- nužnost da liječnik daje mišljenje u vezi s prestankom liječenja ili uvođenjem novog lijeka za vrijeme liječenja.

Potrebno je isticati činjenicu da terapijski učinak ne nastupa trenutno i da nakon poboljšanja stanja ne smije uslijediti prekid liječenja bez mišljenja liječnika.

Ti elementi, koji se integriraju u okvir terapijskog saveza, ključni su za terapijsku suradljivost i dobru terapijsku učinkovitost.

Kod depresivnih epizoda karakteriziranih blagim intenzitetom, liječnik može pacijentima predložiti sljedeće navike za zdraviji život:

- prestanak konzumacije alkohola, smanjenje konzumacije kofeina (kod anksioznih pacijenata),
- prakticiranje fizičke aktivnosti,
- prakticiranje relaksacijskih tehnika,
- prakticiranje meditacijskih vježbi,

3. SPECIFIČNOSTI NAČINÂ PROPISIVANJA LIJEKOVA KOD VELIKIH (KARAKTERIZIRANIH) DEPRESIVNIH EPIZODA

3.1. KRITERIJI ZA IZBOR ANTIDEPRESIVA

- *Učinkovitost i farmakološki učinci*

Kod pacijenata na ambulantnom liječenju ne postoji dokazana razlika u kliničkoj učinkovitosti između različitih vrsta antidepresiva.

Kod depresivne epizode umjerenog do teškog intenziteta na ambulantnom liječenju, kao lijek prvog izbora preporučuje se propisati, osim u posebnim slučajevima, SIPPS, IPPSN ili eventualno antidepresiv iz skupine «ostali antidepresivi» zbog njihove bolje tolerancije. Triciklički antidepresivi ili IMAO propisuju se kao lijekovi drugog ili trećeg izbora (Stupanj B).

Kod epizoda s psihotičnim simptomima (sumanuta melankolija...), kombinacija antidepresiv-antipsihotik najučinkovitija je medikamentozna terapija (Stupanj A).

Kod depresivnih epizoda bipolarnog poremećaja, ne preporučuje se propisivanje antidepresiva kao monoterapije zbog rizika prijelaza u maniju (Stupanj A). Propisivanje antidepresiva:

- opravdano je isključivo u kombinaciji sa stabilizatorom raspoloženja (Stupanj A);
- ne preporučuje se kod epizoda blagog intenziteta (Stupanj B);
- može se razmatrati kod epizoda umjerenog do teškog intenziteta (Stupanj B). Triciklički antidepresivi u toj indikaciji induciraju više prijelaza u maniju od ostalih antidepresiva.

Treba napomenuti da je elektrokonvulzivna terapija (EKT) osobito učinkovita alternativa medikamentoznim terapijama u slučajevima dok je klinička slika teška (prvenstveno psihotična obilježja, katatonija, suicidalni rizik).

Kod svih «velikih depresivnih epizoda», lijek izbora u terapiji konsolidacije je onaj lijek kojim se postigla remisija simptoma pri jednakim dozama (Stupanj A).

- *Tolerancija*

Antidepresivi s najboljom tolerancijom i najboljim svojstvima su antidepresivi SIPPS, IPPSN i antidepresivi iz skupine «ostali antidepresivi».

Kod izbora lijeka u obzir treba uzeti toksičnost zbog mogućnosti predoziranja (namjernog ili slučajnog), a osobito štetne učinke tricikličkih antidepresiva.

- *Popratna svojstva*

Osim svojih antidepresivnih učinaka u užem smislu, antidepresivi mogu imati i sedativna ili stimulirajuća svojstva. Ona se očituju već od prvog dana liječenja, iako postoje velike interindividualne razlike. Sedativni učinak povoljan je u najanksioznijih depresivnih bolesnika i/ili u bolesnika s nesanicom, a stimulirajući učinak povoljan je u najusporenijih depresivnih bolesnika.

- *Psijatrijski i somatski komorbiditet*

Mjere opreza pri uzimanju antidepresiva opravdane su kad postoje popratne tjelesne bolesti, prvenstveno zbog interakcije lijekova. Postojanje popratnog poremećaja (npr. anksioznog) upućuje na izbor antidepresiva učinkovitog i za tu indikaciju.

- *Liječenje prošlih depresivnih epizoda*

Potrebno je uzeti anamnezu prethodnih depresivnih epizoda, ispitati učinkovitost i toleranciju na prethodno liječenje antidepresivima, kao i postojanje sindroma ustezanja prilikom prekida tog liječenja.

Čak i ako ta terapijska strategija nije bila evaluirana u dovoljnoj mjeri, preporučuje se izbor antidepresiva koji se pokazao učinkovitim i dobro toleriranim za vrijeme posljednje epizode (Stupanj C).

3.2. EVALUACIJA UČINKOVITOSTI

Općenito govoreći, nakon osam tjedana ispravnog liječenja:

- trećina pacijenata s depresijom liječenih antidepresivima na terapiju odgovara potpuno s remisijom simptoma,
- trećina pacijenata na terapiju odgovara djelomično ili nedovoljno,
- dok trećina pacijenata ne odgovara na terapiju.

- *U akutnoj fazi*

Antidepresivi dovode do smanjenja simptoma depresije kao što su patološka tuga, suicidalna simptomatologija ili psihomotorička usporenost.

Početak poboljšanja nastupa s latencijom ovisno o simptomima depresije:

- tijekom nekoliko dana terapije za anksioznost i spavanje,
- nakon tjedan ili dva tjedna za psihomotoričku usporenost i suicidalne misli,
- nakon dva do četiri tjedna za raspoloženje u užem smislu.

Stoga se može reći da djelovanje antidepresiva nastupa između dva i četiri tjedna. Nema većih razlika u djelovanju antidepresiva s obzirom na skupinu ili na način primjene.

Rano poboljšanje tijekom prva dva tjedna terapije prediktivan je faktor kasnijeg uspješnog terapijskog odgovora.

Vrijeme potrebno za potpuni terapijski odgovor je između šest do osam tjedana. Prema tome, ne preporučuje se prekidati liječenje antidepresivom prije nego što je prošlo četiri tjedna terapije pri učinkovitoj dozi čak i kad ne dođe do poboljšanja, osim ako se stanje pacijenta ne pogorša (Stupanj A).

Konzultacije trebaju biti česte na početku liječenja, na primjer:

- najmanje jednom prvoga tjedna,
- jednom drugoga tjedna,
- najmanje jednom nakon četiri tjedna,

- te jednom nakon osam tjedana.

Telefonski kontakti između dvije konzultacije isto tako mogu biti korisni.

Javljanje ili perzistiranje suicidalnih misli zahtijeva pojačano praćenje s češćom učestalošću konzultacija, ali i stručno mišljenje ili hospitalizaciju.

- *U fazi konsolidacije*

Učestalost budućih konzultacija dogovoriti će se s pacijentom s obzirom na njegovo kliničko stanje, učinkovitost i toleranciju na terapiju, popratne terapije i kvalitetu terapijskog saveza.

- *Kod prevencije recidiva unipolarnog velikog depresivnog poremećaja*

Učinkovitost se može potvrditi samo nakon više mjeseci ili godina liječenja. Održavanje terapije može zahtijevati stručno mišljenje uzimajući u obzir različite parametre: učestalost, trajanje i intenzitet epizoda, kvalitetu funkcioniranja pacijenta i trajanje asimptomatskih razdoblja.

3.3. EVALUACIJA TOLERANCIJE

Evaluacija se treba provoditi redovno, prvenstveno na početku liječenja (osobito tijekom prvog tjedna, zatim i u drugom tjednu terapije), uzimajući u obzir u jednakoj mjeri tjelesne i psihičke neželjene učinke. Nekim pacijentima potrebne su češće konzultacije.

3.4. KOMBINACIJE LIJEKOVA

- *Benzodiazepini*

Benzodiazepini (ili srodni lijekovi) ne smiju se sustavno propisivati u isto vrijeme zbog neželjenih učinaka benzodiazepina (ovisnost i u rijetkim slučajevima paradoksalne reakcije) (Stupanj A). Istovremeno propisivanje može biti opravdano na početku liječenja dok je prisutna nesanica i/ili anksioznost koja onemogućava normalno funkcioniranje. Kako bi se izbjegao rizik od ovisnosti, preporučuje se davanje minimalnih učinkovitih doza i prekidanje terapije čim se anksioznost i/ili nesanica povuče zbog učinka antidepresiva⁵.

- *Antipsihotici*

Kombinacija antidepresiv-antipsihotik opravdana je u dva slučaja:

- velike depresivne epizode s psihotičnim obilježjima (Stupanj A) ;
- teškog oblika depresije, čak i u odsutnosti psihotičnih obilježja, dok anksioznost onemogućava normalno funkcioniranje, a suicidalni je rizik povećan. Tada se preporučuje propisivanje umjerenih doza sedativnih antipsihotika (Stupanj C).

Takva kombinacija treba se ukinuti čim dođe do zadovoljavajućeg poboljšanja simptoma depresije.

- *Kombinacija dva antidepresiva*

Nema potrebe za propisivanjem više od jednog antidepresiva kod započinjanja liječenja depresivne epizode.

- *Gospina trava*

Gospina trava nije antidepresiv⁶, inducira brojne interakcije lijekova i može poništiti učinke nekih antidepresiva.

⁵ Vidi elaborat Francuske agencije za sanitarnu sigurnost medicinskih proizvoda AFSSAPS na temu "Poremećaji ponašanja vezani uz korištenje benzodiazepina i srodnih proizvoda" (rujan 2001.).

⁶ Indikacija gospine trave: «Tradicionalno se koristi kod blagih i prolaznih depresivnih stanja».

3.5. TERAPIJSKE STRATEGIJE KOD NEDOVOLJNOG ODGOVORA

Prije nego što se ustvrdi da pacijent ne odgovara na terapiju, potrebno je provjeriti suradljivost i treba proći šest do osam tjedana, osim ako ne dođe do pogoršanja simptoma i/ili povećanog suicidalnog rizika.

Kod nedovoljnog odgovora, preporučuje se:

- ili povišiti dozu antidepresiva, osobito kod tricikličkih antidepresiva i venlafaksina (Stupanj B). Provjera koncentracije lijeka u krvi omogućava prilagođavanje doze svakom pacijentu;
- ili promijeniti terapiju drugim antidepresivom. Promjena skupine antidepresiva preporučuje se čak i ako antidepresiv nije pokazao prednosti kod promjene antidepresiva unutar iste skupine (Stručni dogovor);
- ili uvesti psihoterapiju, ako ona još nije bila uvedena. Kombinacija liječenja antidepresivima i psihoterapije učinkovitija je nego provođenje svake terapije zasebno (Stupanj C);
- ili uzeti u obzir EKT u nekim slučajevima teške depresije.

3.6. TERAPIJSKE STRATEGIJE KOD RELAPSA ILI REZISTENCIJE NA LIJEČENJE ANTIDEPRESIVIMA

U slučaju relapsa tijekom terapije konsolidacije najprije je potrebno povećati dozu koja je propisana za terapiju konsolidacije (Stupanj B).

Rezistentna depresija zahtijeva stručno mišljenje (Stupanj C). Specijalist treba reevaluirati dijagnozu i predloženu terapiju (molekulu, dozu, trajanje i suradljivost) te tražiti organske ili psihološke uzroke rezistencije. Moguće terapijske strategije uključuju: povećanje doze, povećanje učinaka antidepresiva dodavanjem (izvan AMM-a) litijevih soli ili triiodotironina (Stupanj A), kombiniranje antidepresiva, uvođenje psihoterapije ili liječenje EKT-om (Stupnjevi B/C).

O rezistenciji na terapiju antidepresivima ne može se govoriti kod pacijenata koji nisu uzimali triciklički antidepresiv ili venlafaksin uzimajući u obzir njihove kontraindikacije.

3.7. TRAJANJE LIJEČENJA

Kod unipolarnih depresivnih poremećaja, trajanje liječenja antidepresivima traje od 16 do 20 tjedana nakon remisije simptoma.

U okviru prevencije recidiva, trajanje liječenja produljuje se s obzirom na broj i težinu prethodnih epizoda, postojanje popratnih patologija i obiteljsku anamnezu depresivnih poremećaja.

Liječenje antidepresivima ne smije se prekinuti za trajanja rezidualnih simptoma. Daljnja prisutnost najmanje dva simptoma depresije predstavlja rizični faktor za relaps što zahtijeva nastavak terapije sve dok ne dođe do potpune remisije.

U okviru bipolarnog poremećaja, trajanje liječenja antidepresivima do danas nije dovoljno istraženo. U obzir se treba uzeti rizik od prijelaza u maniju i povećanje ciklusa poremećenog raspoloženja.

3.8. SPECIFIČNOSTI KOD NEKIH POSEBNIH SLUČAJEVA

- *Trudnoća i razdoblje nakon poroda*

Tijekom prva tri mjeseca trudnoće, ukoliko je liječenje antidepresivima neophodno, izbor antidepresiva ovisi o teratogenom riziku. Povećani broj zabilježenih trudnoća kod kojih se prate nuspojave lijekova omogućava određivanje razine teratogenih svojstava za antidepresive iz skupine SIPPS-a i za tricikličke antidepresive.

Neovisno o mjesecu trudnoće, prednost se zbog bolje tolerancije daje antidepresivu iz skupine SIPPS-a čija su svojstva za vrijeme trudnoće najbolje istraжена, ili tricikličkom antidepresivu ako on pokazuje terapijsku prednost (Stupanj C).

Na kraju trudnoće, provođenje liječenja antidepresivima ovisi o rizicima za majku u danima koji prethode porodu (rizik od relapsa ili recidiva, suicidalni rizik), za vrijeme poroda (mogući rizici anestezije) te o rizicima za dijete u neonatalnom razdoblju. Smanjenje doze radi izbjegavanja antikolinergičnih učinaka (kognitivnih, kardioloških i probavnih) pri velikim dozama antidepresiva na novorođenčce te apstinencijskog sindroma zbog prestanka uzimanja antidepresiva treba se uskladiti s rizicima za majčin relaps ili recidiv. Neonatalno praćenje započinje u danima nakon poroda.

Antidepresivi se većinom izlučuju u majčino mlijeko. Stoga se dojenje žene koja se liječi antidepresivima treba razmotriti u odnosima dobiti i rizika za majku i za dijete.

- *Starije osobe*

Postoje argumenti koji idu u prilog učinkovitosti antidepresiva u starijih osoba, iako je potrebno provesti dodatna istraživanja prije donošenja konačnih zaključaka, osobito u slučaju najstarijih osoba.

Nema značajnijih razlika u učinkovitosti između različitih skupina antidepresiva. Međutim, u obzir osobito treba uzeti popratne tjelesne patologije i njihovo liječenje, kao i rizike mogućih interakcija s ostalim skupinama lijekova. SIPPS, IPPSN i «ostali antidepresivi» lijekovi su prvog izbora, osim u posebnim slučajevima.

Liječenje treba započeti s nižom dozom od one koja je preporučena za odrasle osobe (vidi 2.4.). Terapijski odgovor može biti sporiji.

Triciklički antidepresivi ne smiju biti lijekovi prvog izbora i mogu se propisivati samo iznimno osobama iznad 75 godina. Uz to, njihova antikolinergična svojstva mogu pogoršati kongitivne funkcije pacijenata s demencijom. Nužno je redovito kliničko praćenje zbog povećane osjetljivosti na ortostatsku hipotenziju i sedaciju, kao i na antikolinergične učinke AŽS-a i SŽS-a (konstipacija, paralitični ileus, retencija mokraće, akutni glaukom, mentalna konfuzija).

Najčešće su komplikacije u starijih osoba ortostatska hipotenzija i poremećaji ravnoteže. S druge pak strane, postoji rizik od hiponatrijemije kod uzimanja SIPPS-a, a on je veći kad se kombinira s diuretikom. Isto tako, može doći do delirija, konvulzija i padova. Stoga se kod svih starijih osoba u terapiji antidepresivima preporučuje provjera mogućih poremećaja ravnoteže prije i nakon liječenja te praćenje ionograma krvi i krvnoga tlaka.

Kao i kod odraslih osoba, rizik od krvarenja može biti povećan za vrijeme liječenja SIPPS-om ili venlafaksinom. S druge pak strane, rizik mogućih interakcija s ostalim skupinama lijekova povećan je u odraslih osoba, osobito povećani učinak oralnih antikoagulanasa (AVK) i povećani rizik od krvarenja. Potrebna je češća kontrola INR-a i eventualno prilagođavanje doze oralnog antikoagulanasa.

Sve u svemu, inicijalna faza liječenja treba trajati najmanje šest tjedana, a faza nastavka liječenja najmanje dvanaest tjedana. U starijih osoba ključna je faza održavanja budući da je depresija u toj dobi povezana s visokom stopom recidiva, a još ju je složenije liječiti zbog funkcionalnog ograničenja i suicidalnog rizika.

Potrebna je redovita reevaluacija učinkovitosti i tolerancije na terapiju.

3.9. PSIHIJATRIJSKI KOMORBIDITET

- *Anksiozni poremećaji*

U osoba s karakteriziranom depresivnom epizodom i karakteriziranim anksioznim poremećajem, izbor antidepresiva treba ovisiti o molekuli koja ima AMM za obje indikacije.

- *Poremećaji osobnosti*

Pojedini poremećaji osobnosti podrazumijevaju rizik za nesuradljivošću, rizik od neodgovaranja ili čak rezistencije na antidepresive. U toj skupini ljudi, popratna svojstva (anksiolitički ili stimulirajući učinak) te rizik od predoziranja u slučaju namjernog unosa dva su kriterija kojima se može voditi osoba koja propisuje antidepresiv.

- *Ovisničko ponašanje*

Konzumacija alkohola i/ili kanabisa za osobu koja se liječi antidepresivima povećava mogućnost za neželjenim i toksičnim učincima antidepresiva.

U depresivne osobe ovisne o alkoholu, najprije treba provesti postupak odvikavanja. To u većini slučajeva donosi poboljšanje raspoloženja u razdoblju od tri do šest tjedana. Liječenje antidepresivima indicirano je ako su simptomi depresije i dalje prisutni i ako zadovoljavaju kriterije velike depresivne epizode (Stupanj A).

U osobe ovisne o nikotinu, velika depresivna epizoda treba se liječiti prije započinjanja postupka odvikavanja o nikotinu (Stručni dogovor).

3.10. SOMATSKI KOMORBIDITET

Ne postoje istraživanja koja bi dokazivala prednost jednog antidepresiva u odnosu na druge kod velikih depresivnih epizoda povezanih s tjelesnim patologijama, osobito u slučaju depresije za vrijeme bolovanja od raka, kardiovaskularnih bolesti, neuroloških poremećaja (epilepsija, Parkinsonova bolest, demencija) ili infektivnih bolesti (HIV, kronični virusni hepatitis). Trenutačno se, osim u posebnim slučajevima, kao lijek prvog izbora preporučuje odabrati antidepresiv s obzirom na njegovu toleranciju (Stručni dogovor), s posebnim naglaskom na rizike koji se mogu javiti zbog interakcija lijekova.

4. SPECIFIČNOSTI NAČINÂ PROPISIVANJA LIJEKOVA KOD ANKSIOZNIH POREMEĆAJA (OKP, PP, SF, GAP, PTSP)

U većinih anksioznih poremećaja, različite vrste terapija dokazale su svoju učinkovitost: psihoterapija, osobito kognitivno-bihevioralne terapije, antidepresivi i kombinacija tih dvaju terapijskih modaliteta. Ovo poglavlje ne obrađuje medikamentozno liječenje anksioznih poremećaja. Ključni su psihoedukativni aspekti i informiranje pacijenata o poremećajima i mogućnostima liječenja.

Preporučuje se informiranje pacijenata o posebnim učincima antidepresiva kod anksioznih poremećaja.

4.1. OPSESIVNO-KOMPULZIVNI POREMEĆAJ (OKP)

Antidepresivi imaju veći učinak na opsesivne misli, nego na kompulzije.

Antidepresivi s AMM-om u ovoj indikaciji: klomipramin, fluoksetin, fluvoksamin, paroksetin i sertralin.

SIPPS lijekovi su prvog izbora (Stupanj A). Klomipramin se preporučuje kao lijek drugog izbora zbog razloga vezanih uz toleranciju (Stupanj A).

Učinkovite doze u liječenju OKP-a mogu biti veće nego u liječenju depresivnih epizoda (vidi Prilog 7. izvješća).

Vrijeme potrebno za početak djelovanja antidepresiva dulje je (otprilike četiri do osam tjedana) nego kod depresivnih poremećaja. Isto tako, potrebno je dulje vrijeme za postizanje maksimalnog terapijskog odgovora (deset do dvanaest tjedana). Stoga se liječenje treba nastaviti još najmanje tri mjeseca prije nego što se ustvrdi da nije učinkovito.

Liječenje mora trajati dovoljno dugo, često i dulje od godinu dana. Liječenje će trajati dulje ako je poremećaj kroničan i ako postoje relapsi prilikom prekida liječenja.

Rizični su faktori za neodgovaranje na liječenje antidepresivima kod OKP-a komorbiditet s velikom depresivnom epizodom i poremećaj osobnosti.

4.2. PANIČNI POREMEĆAJ (PP)

Cilj je liječenja nestanak paničnih napada, anticipacijske anksioznosti i izbjegavanje fobične situacije ukoliko ona postoji, te prevencija novih paničnih napada.

Antidepresivi nemaju terapijski učinak za vrijeme dok je sam napad već započeo.

Antidepresivi s AMM-om u ovoj indikaciji: klomipramin, citalopram, escitalopram i paroksetin.

SIPPS lijekovi su prvog izbora (Stupanj A). Klomipramin se preporučuje kao lijek drugog izbora zbog razloga vezanih uz toleranciju (Stupanj A).

Preporučene doze antidepresiva uglavnom su jednake preporučenim dozama za liječenje depresije. Međutim, uvođenje doze odvija se postupno (započeti s 50% ili čak 25% učinkovite doze) kako bi se na početku liječenja izbjegla anksiozna simptomatologija.

Potpuni klinički odgovor očekuje se nakon šest do osam tjedana liječenja, kao i kod depresivnih epizoda.

Liječenje se nastavlja provoditi nekoliko tjedana nakon nestanka paničnih napada. Traje najmanje šest mjeseci, ponekad između 12 i 18 mjeseci, a doze se smanjuju vrlo postupno (Stupanj C).

4.3. SOCIJALNA FOBIIJA (SF) ILI SOCIJALNI ANKSIOZNI POREMEĆAJ

Antidepresivi s proizvodnom dozvolom za lijekove AMM u ovoj indikaciji: paroksetin, escitalopram i venlafaksin. Propisivanje mora biti ograničeno na generalizirane oblike anksioznosti sa značajnim utjecajem na funkcioniranje i prilagodbu, uz uvođenje psihoterapijskih mjera kognitivno-bihevioralnog tipa.

Simptomatsko poboljšanje slijedi nakon tri do četiri tjedna liječenja. Za potpuni odgovor potrebno je liječenje u trajanju od osam do dvanaest tjedana. Preporučuje se učiniti ponovnu terapijsku evaluaciju za tjedan do dva tjedna nakon prve konzultacije, zatim svaka četiri tjedna (Stručni dogovor).

Liječenje se treba nastaviti provoditi najmanje šest do dvanaest mjeseci nakon remisije simptoma (Stručni dogovor). Postoji rizik od relapsa prilikom prekida liječenja pa dugotrajnije liječenje može biti opravdano. Međutim, produljeno liječenje nije se do sad sustavno ispitalo.

4.4. GENERALIZIRANI ANKSIOZNI POREMEĆAJ (GAP)

Pacijenta je najprije potrebno informirati i educirati o higijenskim i dijetetskim pravilima (prestanku konzumacije alkohola, smanjenju konzumacije kave i cigareta, redovnom prakticiranju tjelesne aktivnosti) (Stručni dogovor).

Antidepresivi imaju veći učinak na psihičku simptomatologiju anksioznosti.

Antidepresivi s AMM-om u ovoj indikaciji: paroksetin, venlafaksin i escitalopram.

Početak djelovanja antidepresiva nastupa između tjedan dana i tri tjedna. Potpuni odgovor postiže se nakon više tjedana liječenja. Liječenje mora trajati najmanje šest mjeseci (Stručni dogovor).

4.5. POSTTRAUMATSKI STRESNI POREMEĆAJ (PTSP)

Jedini antidepresiv indiciran za PTSP je paroksetin; njegova produljena uporaba zahtijeva redovitu reevaluaciju.

ZAKLJUČAK

Ove preporuke opisuju medicinske strategije za optimalno korištenje antidepresiva s obzirom na trenutačna saznanja o antidepresivima u liječenju depresivnih i anksioznih poremećaja odraslih.

Ipak, potrebno je provesti dodatna istraživanja, prije svega kako bi se preciznije odredilo trajanje liječenja i doze te načini dugotrajne uporabe antidepresiva.

PRILOZI

**PRILOG 1. - OSNOVNE DEFINICIJE DEPRESIVNOG POREMEĆAJA, OSTALIH POREMEĆAJA
RASPOLOŽENJA I KARAKTERIZIRANOG ANKSIOZNOG POREMEĆAJA**

PRILOG 2. - DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI ZA VELIKU (KARAKTERIZIRANU) DEPRESIVNU EPIZODU (DSM-IV-TR)

PRILOG 3. - ANTIDEPRESIVI U LIJEČENJU DEPRESIVNIH EPIZODA DOSTUPNI NA FRANCUSKOM TRŽIŠTU

PRILOG 1.

OSNOVNE DEFINICIJE DEPRESIVNIH POREMEĆAJA, OSTALIH POREMEĆAJA RASPOLOŽENJA I KARAKTERIZIRANOG ANKSIOZNOG POREMEĆAJA

- **Unipolarni depresivni poremećaj:** Unipolarni veliki depresivni poremećaj temeljni je entitet depresivnih poremećaja, a definiran je prisutnošću jedne ili više velikih depresivnih epizoda u životu osobe, i odsutnošću maničnih ili hipomaničnih epizoda.

Temeljni entitet opisa depresivnih poremećaja jest velika (karakterizirana) depresivna epizoda. Ona je u DSM-u-IV-TR definirana kombinacijom simptoma depresije koji su:

- dovoljno brojni,
- dovoljno dugo traju,
- uzrokuju klinički značajne smetnje,
- uzrokuju funkcionalnu onesposobljenost.

Napomena: Dijagnostički kriteriji velike (karakterizirane) depresivne epizode iz DSM-a IV-TR predstavljani su u Prilogu 2.

- **Bipolarni afektivni poremećaj (bipolarni depresivni poremećaj):** Poremećaj raspoloženja kod kojeg se najčešće javlja izmjena velikih (karakteriziranih) depresivnih epizoda i maničnih ili hipomaničnih epizoda.
- **Distimični poremećaj:** Poremećaj raspoloženja kod kojeg se javljaju simptomi depresije u manjem broju nego što je to kod velikih (karakteriziranih) depresivnih epizoda, tijekom najmanje dvije godine za redom, uzrokuje klinički značajne smetnje i funkcionalnu onesposobljenost.
- **Ciklotimični poremećaj:** Poremećaj raspoloženja kod kojeg se javljaju simptomi hipomanije i/ili fluktuirajući simptomi depresije i to u manjem broju nego što je to kod karakteriziranih velikih depresivnih epizoda ili maničnih epizoda, tijekom najmanje dvije godine za redom, uzrokuje klinički značajne smetnje i funkcionalnu onesposobljenost.
- **Karakterizirani anksiozni poremećaj:** Karakterizirani anksiozni poremećaj odgovara kombinaciji simptoma anksioznosti, npr. opsesivno-kompulzivni poremećaj, panični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, socijalna fobija ili posttraumatski stresni poremećaj. Anksiozni poremećaji u DSM-u-IV-TR definirani su prisutnošću simptoma anksioznosti koji su:
 - dovoljno brojni,
 - dovoljno dugo traju,
 - uzrokuju klinički značajne smetnje,
 - uzrokuju funkcionalnu onesposobljenost.

Napomena: Dijagnostički kriteriji iz DSM-a-IV-TR za opsesivno-kompulzivni poremećaj, panični poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj i socijalnu fobiju isto su tako predstavljenu u Prilozima 12.-15. Izvješća.

PRILOG 2.

DIJAGNOSTIČKI KRITERIJI ZA VELIKU (KARAKTERIZIRANU) DEPRESIVNU EPIZODU (DSM-IV-TR)

- A. Pet (ili više) od sljedećih simptoma prisutni su tijekom dvotjednoga razdoblja i predstavljaju promjenu od ranijeg djelovanja; barem jedan od simptoma je ili (1) depresivno raspoloženje ili (2) gubitak zanimanja ili užitivanja.
- (1) depresivno raspoloženje veći dio dana, gotovo svaki dan, što se navodi kao subjektivna žalba (npr. osjeća se tužno ili prazno) ili vide drugi (npr. izgleda žalosno).
 - (2) značajno smanjeno zanimanje ili užitivanje u svim, ili gotovo svim, aktivnostima veći dio dana, gotovo svaki dan (što se navodi kao subjektivna pritužba ili to vide drugi)
 - (3) značajan gubitak tjelesne težine bez dijeta ili dobivanje na težini (npr. promjena više od 5% tjelesne težine u mjesec dana), ili smanjenje ili povećanje apetita gotovo svakog dana.
 - (4) nesanica ili hypersomnija gotovo svakoga dana
 - (5) psihomotorička agitacija ili retardacija gotovo svakoga dana (što vide drugi, a ne samo subjektivni osjećaj nemira ili usporenosti)
 - (6) umor ili gubitak energije gotovo svakoga dana
 - (7) osjećaj bezvrijednosti ili velike i neodgovarajuće krivnje (koja može biti sumanuta) gotovo svakoga dana (ne samo samoponižavanje ili krivnja zbog bolesti)
 - (8) smanjena sposobnost mišljenja ili koncentriranja, ili neodlučnost, gotovo svaki dan (bilo kao subjektivni osjećaj ili vidljivo od strane drugih)
 - (9) ponavljajuća razmišljanja o smrti (ne samo strah od smrti), ponavljajuće samoubilačke ideje bez specifičnog plana, ili pokušaji samoubojstva ili specifičan plan za izvršenje samoubojstva.
- B. Simptomi ne zadovoljavaju kriterije za Miješanu epizodu.
- C. Simptomi uzrokuju klinički značajne smetnje ili oštećenja u socijalnome, radnome ili drugom važnom području djelovanja.
- D. Simptomi ne nastaju kao neposredni fiziološki učinak psihoaktivne tvari (npr. zloraba droge ili lijekova) ili općeg zdravstvenog stanja (npr. hipotiroidizam).
- E. Simptomi se ne mogu pripisati Žalovanju, tj. ne nastaju nakon gubitka voljene osobe, simptomi traju duže od dva mjeseca i obilježeni su značajnim djelatnim oštećenjem, bolesnom zaokupljenošću bezvrijednošću, samoubilačkim idejama, psihotičnim simptomima ili psihomotoričkom usporenošću.

PRILOG 3.

ANTIDEPRESIVI KOD LIJEČENJA DEPRESIVNIH EPIZODA DOSTUPNI NA FRANCUSKOM TRŽIŠTU*

- Triciklički antidepresivi: klomipramin (Anafranil®), amoksapin (Défanyl®), amitriptilin (Elavil®, Laroxyl®), maprotilin (Ludiomil®), dosulepin (Prothiaden®), doksepin (Quitaxon®), trimipramin (Surmontil®), imipramin (Tofranil®).
- SIIPS: citalopram (Séropram®), escitalopram (Séroplex®), fluoksetin (Prozac®), fluvoksamin (Floxyfral®), paroksetin (Deroxat®), sertralin (Zoloft®).
- IIPSN: milnacipran (Ixel®), venlafaksin (Effexor®), duloksetin (Cymbalta®, *nije na tržištu u Francuskoj*).
- neselektivni IMAO: iproniazid (Marsilid®) ; selektivni MAO-A: moklobemid (Moclamine®).
- «Ostali antidepresivi»: mianserin (Athyli®), mirtazapin (Norset®), tianeptin (Stablon®).

* Lijekovi s ovog popisa originalni su lijekovi - navedeni su u svrhu informiranja i ne smiju prikrivati mogućnost propisivanja generičkih lijekova i njihovu financijsku isplativost.

6. Analyse des traductions

La traduction des textes spécialisés repose sur une méthodologie bien élaborée avant d'entamer le processus de la traduction. Ce processus comporte la phase de décodage et la phase de transcodage. C'est devenu un truisme de remarquer qu'il faut comprendre le texte de départ pour pouvoir bien le transférer dans la langue d'arrivée. Quand même, la compréhension du domaine de travail reste le premier pas dans la méthodologie de chaque activité traduisante. Pour les traductions incluses dans ce mémoire, nous nous sommes documentés à fond sur le sujet à l'aide de sources fiables, avant tout en consultant la littérature spécialisée (cf. la bibliographie). Lors de la lecture des articles scientifiques, des monographies ou autres publications, il est indispensable de faire une recherche terminologique tantôt pour la langue source, tantôt pour la langue cible. Cette recherche contrastive nous permet de reconnaître les problèmes auxquels nous allons nous heurter au cours de la traduction. Après avoir trouvé des équivalents terminologiques, nous sommes passés à la phase de transcodage. Elle consiste à rendre le texte original le plus fidèlement possible en croate. Il y a plusieurs facteurs qui déterminent les procédés techniques de la traduction et le plus important est le but que doit atteindre un texte donné. En d'autres mots, le traducteur doit se poser la question : « À qui est-ce que le texte est destiné, quel est le public visé ? » Il est évident qu'on va utiliser des procédés différents face à un texte destiné aux spécialistes et face à un texte destiné aux profanes. Amal Jammal (1999:229) écrit à ce propos qu'il y a deux types discursifs : 1. informatif qui a pour « unique but de transmettre le plus fidèlement possible l'information » (il se rapproche au style scientifique par l'absence de connotations) et, 2. exhortatif qui ne se contente pas de transmettre une information, mais s'efforce « de provoquer chez le lecteur ou l'auditeur une réaction psychologique. » Il en découle que la phase de transcodage ou la phase de reverbération dépend directement du type discursif et du niveau de langue utilisés dans la langue de départ. Ainsi, il n'y a pas lieu de faire une adaptation dans le texte « *Bon usage des médicaments...* » et « *Épisodes dépressifs : des situations multiples* », les deux étant destinés à un public de spécialistes. Par contre, le troisième texte « *La dépression – en savoir plus pour en sortir* » s'adresse au grand public et se caractérise par l'usage de la langue courante, à part les termes principaux relatifs aux troubles de l'humeur et aux troubles anxieux. En guise d'exemple, la traduction du titre même était un vrai défi digne d'un traducteur littéraire (le reste du texte aussi). Effectivement,

il nous fallait un peu de créativité pour réussir à obtenir une solution idiomatique concernant le pronom personnel « en », tout en respectant le génie de la langue croate : « Depresija – saznajte više da je pobijedite. » Le niveau de langue ne se limite pas uniquement au style et au type discursif, il diffère sur toutes autres parties de la langue, d'ailleurs le lexique et la terminologie, la morphologie et la syntaxe sont diverses dans les deux premiers textes qui relèvent de la langue de spécialité et dans le troisième texte qui relève de la langue générale. En tout cas, quel que soit le niveau de langue, la traduction doit toujours « transmettre exactement le message contenu dans le texte de départ » et « être idiomatique » (Rouleau, 1993:440). C'est la lecture des textes parallèles en croate qui nous a permis d'effectuer une traduction idiomatique. Rouleau (1995:31) souligne qu'il ne suffit pas de connaître les termes, qu'il ne suffit pas de comprendre les notions et qu'il ne suffit pas d'insérer des termes techniques dans une langue générale : « il faut savoir les enchaîner dans un discours cohérent qui reflète les usages du domaine. » Nous pensons que ces usages se distinguent justement au niveau morphologique et syntaxique.

En ce qui concerne la morphologie des termes techniques du domaine médical, on peut constater que la connaissance des racines latines et grecques est primordiale parce que la langue médicale exploite l'étymologie savante dans une mesure considérable. Hormis ces formes, les morphèmes populaires sont également utilisés dans les textes médicaux. Le résultat de ce phénomène est l'apparition des formes concurrentes, surtout en croate qui, à la différence de la langue française développée du latin, possède grand nombre des synonymes de fonds populaire (slave). Le résultat est évidemment une forte inconsistance terminologique, que l'on a observée lors de la lecture des textes parallèles, notamment de la version croate du DSM-IV. Voici quelques exemples de la synonymie rencontrée lors de notre recherche :

agitation	agitacija, psihomotorička uznemirenost
céphalée, mal de tête	glavobolja
fonctionnement	funkcioniranje, djelovanje
hypersensibilité	hipersenzibilnost, preosjetljivost
insomnie	insomnija, nesanica
irritabilité	iritabilnost, razdražljivost
ralentissement psychomoteur	psihomotorička retardacija, psihomotorička usporenost
risque hémorragique, risque de saignement	hemoragijski rizik, rizik od krvarenja
sevrage	ustezanje, sustezanje
somnolence	somnolencija, pospanost
tentative de suicide	pokušaj suicida, pokušaj samoubojstva
trouble d'anxiété généralisée	generalizirani anksiozni poremećaj, opći

trouble obsessionnel-compulsif	anksiozni poremećaj opsesivno-kompulzivni poremećaj, obuzeto- prisilni poremećaj
phobie sociale	socijalna fobija, društvena fobija

Le choix entre la forme savante et la forme populaire doit être pris en considération au cas par cas. Généralement, en terminologie croate, on préfère les termes d'étymologie croate. Toutefois, on devrait toujours vérifier l'usage de chaque terme et donner l'avantage à celui ayant une fréquence plus grande et à celui attesté dans l'usage. Les termes concurrents « insomnija » et « nesanica » ont une fréquence similaire et les deux sont attestés dans l'usage. Dans ce cas d'incertitude, on suit la règle d'accorder la priorité au terme croate « nesanica. » Mentionnons encore le cas où la fréquence d'un terme savant est plus grande – le trouble obsessionnel-compulsif se traduit généralement par « opsesivno-kompulzivni poremećaj », et son concurrent croate « obuzeto-prisilni poremećaj » ne s'utilise que dans très peu de sources. Dans ce cas, la fréquence régit le choix de la forme savante et nous optons pour « opsesivno-kompulzivni poremećaj », de même que pour « generalizirani anksiozni poremećaj » et « socijalna fobija. » Enfin, il y a des cas opposés où la fréquence est plus grande pour la forme d'étymologie croate, p. ex. « rizik od krvarenja » et « psihomotorička uspostojnost. » En français, nous avons observé moins de cas de synonymie due à la dichotomie « forme savante – forme populaire ». Quand même, lorsqu'une telle situation se présente dans le texte français, p. ex. « céphalée – mal de tête » ou « hémorragie – saignement », on conclut de manière générale que les formes savantes appartiennent à la langue de spécialité et les formes populaires à la langue générale. Il nous semble que cette règle ne s'applique pas à la terminologie croate.

L'autre cas de synonymie que nous avons noté a été la concurrence entre deux formes appartenant au même niveau de langue. Donnons l'exemple « ustezanje » et « sustezanje » pour la terminologie croate et « souffrance émotionnelle » et « souffrance morale » pour la terminologie française.

La motivation morphologique influence également le choix des formes concurrentes : il est préférable qu'une forme puisse former d'autres catégories grammaticales par processus de nominalisation, adjectivation, etc. Ainsi, le terme « afekt » a une dérivation adjectivale et adverbiale « afektivan » et « afektivno » (d'où le terme « bipolarni afektivni poremećaj ») et le terme « raspoloženje » ne peut pas être dérivé : on obtient sa fonction adjectivale par

l'usage du cas génitif en croate (« poremećaj raspoloženja ») ou par l'usage d'une préposition en français (« trouble de l'humeur »). Le même vaut pour les termes « krvarenje » ou « saignement » qui ne peuvent pas se dériver, à la différence de la forme savante « hemoragija » et « hémorragie » dont les adjectifs sont « hemoragijski » et « hémorragique ». Parfois, l'adjectif de relation et le groupe prépositionnel sont interchangeables : symptôme dépressif et symptôme de la dépression (depresivni simptom, simptom depresije).

Le problème des abréviations est présent tant en français qu'en croate. Les deux langues reprennent souvent telles quelles les abréviations de l'anglais. On observe là de grandes inconsistances, surtout en croate. On utilise indifféremment l'abréviation anglaise SSRI et l'abréviation croate SIPPS pour les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). En revanche, pour les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN), le croate utilise presque uniquement l'abréviation anglaise SNRI, et ne crée pas l'abréviation croate IPPSN. Nous avons, tout de même, opté pour utiliser l'abréviation IPPSN en vue d'établir une plus grande symétrie terminologique.

Concernant le niveau syntaxique, les deux langues de spécialité, le français et le croate respectivement, se caractérisent avant tout par une forte présence de l'impersonnalité qui se manifeste dans l'usage des infinitifs, des structures « il faut », « il est », « il convient », ou de la voix passive :

1. les infinitifs :

« le traitement de consolidation à privilégier est le médicament... »

« le délai nécessaire à l'obtention d'une réponse complète... »

2. les structures « il faut », « il est », « il convient » :

« Il faut insister sur le fait que l'effet thérapeutique... »

« Il est recommandé en première intention de prescrire... »

« Il est recommandé de choisir préférentiellement un antidépresseur... »

« Il convient se s'être assuré de l'observance... »

« Il convient d'augmenter les doses du traitement de consolidation... »

3. la voix passive :

« *La coprescription antidépresseur-antipsychotique est justifiée...* »

« *Le choix de l'antidépresseur est guidé par le risque tératogène.* »

« *Des études supplémentaires doivent être réalisées...* »

« *Un traitement par imipraminique ne doit pas être utilisé...* »

« *Les ISRS sont recommandés...* »

Le même vaut pour le croate parce que la traduction d'un texte médical doit respecter les règles linguistiques propres à cette langue de spécialité. On parvient à l'absence de connotations en utilisant les moyens tels que la troisième personne du singulier ou du pluriel des verbes, les périphrases impersonnelles et la voix passive, presque uniquement dans sa forme « *se pasiv* » qui correspond à l'infinitif pronominal:

« *Koncentracija nekih antidepressiva, osobito onih tricikličkih, može se odrediti u krvi...* »

« *Određivanje se treba provoditi isključivo kod nedovoljnog terapijskog odgovora.* »

« *Učinkovitost se može potvrditi samo nakon više mjeseci ili godina liječenja.* »

« *Evaluacija se treba provoditi redovno...* »

Une autre occurrence caractéristique pour les textes croates médicaux est l'utilisation de la préposition « u » au lieu de la préposition « kod » avec le génitif, p. ex. « *Sedativni učinak povoljan je u najanksioznijih depresivnih bolesnika i/ili u bolesnika s nesanicom, a stimulirajući učinak povoljan je u najusporenijih depresivnih bolesnika.* »

7. Glossaire

accident vasculaire cérébral	moždani udar
accouchement	porod
activité physique	tjelesna aktivnost
adaptation posologique	prilagodba doze
affect	afekt
affection cardiologique	kardiološka bolest
affection neurologique	neurološka bolest
affection ophtalmologique	oftalmološka bolest
affection somatique	tjelesno oboljenje
affection urologique	urološka bolest
aggravation du trouble	pogoršanje poremećaja
aggravation symptomatique	pogoršanje simptoma
agitation	agitacija
agoraphobie	agorafobija
agoraphobie sans antécédent de trouble panique	agorafobija bez prethodne anamneze paničnog poremećaja
allaitement	dojenje
alliance thérapeutique	terapijski savez
altération du fonctionnement	oštećenje u funkcioniranju
amélioration clinique	kliničko poboljšanje
amélioration de l'humeur	poboljšanje raspoloženja
amélioration précoce	rano poboljšanje
amitriptyline	amitriptilin
amoxapine	amoksapin
antagoniste adrénergique alpha-1	alfa-1 adrenergički antagonist
antécédent familial	obiteljska anamneza
antécédent personnel	osobna anamneza
anticoagulant oral	oralni antikoagulans

antidépresseur	antidepresiv
antipsychotique	antipsihotik
antipsychotique sédatif	sedativni antipsihotik
anxiété	anksioznost
anxiété adaptive	adaptivna tjeskoba
anxiété anticipatoire	anticipacijska anksioznost
anxiété existentielle	egzistencijalna tjeskoba
anxiété flottante	lebdeća anksioznost
anxiété généralisée	generalizirana anksioznost
anxiété normale	normalna anksioznost
anxiété phobique	fobična anksioznost
anxiolytique	anksiolitik
arrêt de l'alcool	prestanak konzumacije alkohola
arrêt du traitement	prekid liječenja
association d'antidépresseurs	kombinacija antidepresiva
association de symptômes	kombinacija simptoma
association médicamenteuse	kombinacija lijekova
asthénie	astenija
attaque d'anxiété sévère	napad teške anksioznosti
attaque de panique	panični napad
attention	pažnja
augmentation de dose	povećanje doze
autorisation de mise sur le marché (AMM)	proizvodna dozvola za lijekove AMM
avantage thérapeutique	terapijska prednost
avis médical	mišljenje liječnika
baby blues	<i>baby bluz</i>
benzodiazépine	benzodiazepin
bilan pré-thérapeutique	pred-terapijska obrada
cadre nosographique	nozografski okvir
cancer	rak
caractéristique délirante	sumanuto obilježje
caractéristique mélancolique	melankolično obilježje

caractéristique pharmacocinétique	farmakokinetičko obilježje
caractéristique psychotique	psihotično obilježje
catatonie	katatonija
cauchemar	noćna mora
céphalée	glavobolja
citalopram	citalopram
classe d'antidépresseur	skupina antidepresiva
Classification internationale des maladies, 10 ^e version (CIM-10)	Međunarodna klasifikacija bolesti, 10. verzija (MKB-10)
clomipramine	klomipramin
comportement d'addiction	ovisničko ponašanje
comorbidité	komorbiditet
comorbidité psychiatrique	psihijatrijski komorbiditet
comorbidité somatique	somatski komorbiditet
comportement de dépendance	ovisničko ponašanje
compulsion	kompulzija
concentration	koncentracija
conduite addictive	ovisničko ponašanje
confusion	konfuzija
consommation d'alcool	konzumacija alkohola
consommation de drogue	konzumacija droge
constipation	konstipacija
consultation	konzultacija
continuum de la dépressivité	kontinuum depresivnosti
contre-indication	kontraindikacija
convulsion	konvulzija
crise suicidaire	suicidalna kriza
critère diagnostique	dijagnostički kriterij
cycle thymique	ciklus poremećenog raspoloženja
début de traitement	početak liječenja
définition nosographique	nozografska definicija
délai d'action	početak djelovanja

démence	demencija
dépendance	ovisnost
dépression	depresija
dépression chronique	kronična depresija
dépression résistante	rezistentna depresija
deuil	žalovanje
diabète	dijabetes
diagnostic	dijagnosticiranje, dijagnostika, dijagnoza
diarrhée	proljev
digestion	probava
diminution des posologies	smanjivanje doze
diurétique	diuretik
dosage plasmatique	određivanje koncentracije lijeka u krvi
dose minimale efficace	minimalna učinkovita doza
dosulépine	dosulepin
douleur neuropathique	neuropatska bol
doxépine	doksepin
duloxétine	duloksetin
durée des symptômes	trajanje simptoma
durée du traitement	trajanje liječenja
échelle validée	validirana skala
effet „quinidine-like“	učinak sličan kinidinu
effet anticholinergique	antikolinergički učinak
effet antihistaminique	antihistaminski učinak
effet anxiolytique	anksiolitički učinak
effet bénéfique du traitement	povoljan učinak terapije
effet cardiovasculaire	kardiovaskularni učinak
effet de l'antidépresseur	učinak antidepresiva
effet des anticoagulants oraux	učinak oralnih antikoagulansa
effet indésirable	neželjeni učinak
effet pharmacologique	farmakološki učinak
effet psychique	psihički učinak

effet sérotoninergique	serotoninerški učinak
effet somatique	somatski učinak
effet thérapeutique	terapijski učinak
efficacité clinique	klinička učinkovitost
efficacité des antidépresseurs	učinkovitost antidepresiva
efficacité thérapeutique	terapijska učinkovitost
électroconvulsivothérapie	elektrokonvulzivna terapija
entretien clinique	klinički intervju
énurésie	enureza
épilepsie	epilepsija
épisode dépressif	depresivna epizoda
épisode dépressif de type saisonnier	depresivna epizoda sa sezonskim obrascem
épisode dépressif du post-partum	depresivna epizoda s početkom poslije poroda
épisode dépressif majeur	velika depresivna epizoda
épisode dépressif majeur avec caractéristiques psychotiques	velika depresivna epizoda s psihotičnim obilježjima
épisode dépressif résistant	rezistentna depresivna epizoda
épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques	teška depresivna epizoda s psihotičnim simptomima
épisode hypomaniaque	hipomanična epizoda
épisode léger	blaga epizoda
épisode maniaque	manična epizoda
épisode mixte	miješana epizoda
épisode modéré	umjerena epizoda
épisode sévère	teška epizoda
épisode thymique	epizoda poremećenog raspoloženja
escitalopram	escitalopram
état de stress post-traumatique (ESPT)	posttraumatski stresni poremećaj (PTSP)
état pathologique	patološko stanje
euphorie	euforija
évaluation clinique	klinička evaluacija

évaluation de l'efficacité	evaluacija učinkovitosti
évaluation du risque suicidaire	evaluacija suicidalnog rizika
examen clinique	klinički pregled
fatigue	umor
fluoxétine	fluoksetin
fluvoxamine	fluvoksamin
fonction cognitive	kognitivna funkcija
fonctionnement	funkcioniranje
fonctionnement intellectuel	intelektualno funkcioniranje
fonctionnement normal	normalno funkcioniranje
frissons	tresavica
glaucome aigu	akutni glaukom
glaucome par fermeture de l'angle	glaukom zatvorenog kuta
grossesse	trudnoća
hallucination	halucinacija
hépatite virale chronique	kronični virusni hepatitis
hospitalisation	hospitalizacija
humeur	raspoloženje
humeur dépressive	depresivno raspoloženje
hyperactivité	hiperaktivnost
hypersensibilité émotionnelle	emocionalna preosjetljivost
hypersomnie	hipersomnija
hypersudation	pojačano znojenje
hypertrophie bénigne de la prostate	benigna hipertrofija prostate
hypnotique	hipnotik
hyponatrémie	hiponatrijemija
hypotension orthostatique	ortostatska hipotenzija
hypotension posturale	posturalna hipotenzija
idée délirante	sumanuta ideja
idée morbide	morbidna misao
idée suicidaire	suicidalna misao
iléus paralytique	paralitični ileus

imipramine	imipramin
imipraminique	triciklički antidepresiv
impression clinique	klinički dojam
incapacité fonctionnelle	funkcionalna onesposobljenost
indication	indikacija
indication thérapeutique	terapijska indikacija
indifférence	ravnodušnost
inhibiteur de la monoamine oxydase (IMAO)	inhibitor monoaminooksidaze (IMAO)
inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)	inhibitor ponovne pohrane serotonina i noradrenalina (IPPSN)
inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS)	selektivni inhibitor ponovne pohrane serotonina (SIPPS)
insomnie	nesanica
intensité des symptômes	intenzitet simptoma
interaction médicamenteuse	interakcija lijekova
interrogatoire	uzimanje anamneze
ionogramme sanguin	ionogram krvi
iproniazide	iproniazid
irritabilité	razdražljivost
mal de tête	glavobolja
maladie cardio-vasculaire	kardiovaskularna bolest
maladie chronique	kronična bolest
maladie de Parkinson	Parkinsonova bolest
maladie infectieuse	infektivna bolest
maladie maniaco-dépressive	manična depresija
maladie mentale	duševna bolest
maladie psychique	psihička bolest
maladie somatique	tjelesna bolest
malaise	slabost
Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux	Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje
maprotiline	maprotilin

médecin	liječnik
médicament	lijek
médicament antidépresseur	antidepresiv
mélancolie délirante	sumanuta melankolija
mémoire	pamćenje
méthode de méditation	meditacijska vježba
méthode de relaxation	relaksacijska tehnika
miansérine	mianserin
migraine	migrena
millepertuis	gospina trava
milnacipran	milnacipran
mirtazapine	mirtazapin
moclobémide	moklobemid
modalité de prise des médicaments	način uzimanja lijekova
modalité évolutive de l'épisode dépressif	tijek depresivne epizode
monothérapie	monoterapija
myalgie	mialgija
nausée	mučnina
non-indication	neindikacija
non-réponse au traitement	neodgovaranje na terapiju
nouveau-né	novorođenče
observance	suradljivost
observance thérapeutique	terapijska suradljivost
obsession	opsesija
optimisme	optimizam
panique	panika
paroxétine	paroksetin
pathologie	patologija
pathologie associée	popratna patologija
pathologie somatique	tjelesna patologija
patient	pacijent
pensée négative	negativna misao

pensée obsédante	opsesivna misao
perception	percepcija
période asymptomatique	asimptomatsko razdoblje
période néo-natale	neonatalno razdoblje
perturbation de l'humeur	poremećenost u raspoloženju
perturbation des perceptions	perceptivne smetnje
pessimisme	pesimizam
pharmacovigilance	praćenje nuspojava lijekova
phase aiguë	akutna faza
phase de consolidation	faza konsolidacije
phase de continuation	faza nastavka
phobie	fobija
phobie simple	jednostavna fobija
phobie sociale (PS)	socijalna fobija (SF)
phobie spécifique	specifična fobija
posologie	doza, doziranje
posologie efficace	učinkovita doza
posologie élevée	visoka doza lijeka
posologie initiale	početna doza
posologie initiale recommandée	preporučena početna doza
posologie journalière insuffisante	nedovoljna dnevna doza
prescription	propisivanje lijekova
pression artérielle	krvni tlak
prévalence	prevalencija
prévention	prevencija
prévention des récides	prevencija recidiva
prise de poids	debljanje
prise en charge	liječenje
propriété anticholinergique	antikolinergično svojstvo
propriété collatérale	popratno svojstvo
propriété sédativ	sedativno svojstvo
propriété stimulante	stimulativno svojstvo

psychothérapie	psihoterapija
questionnaire diagnostique structuré	strukturirani dijagnostički upitnik
ralentissement intellectuel	intelektualna usporenost
ralentissement psychomoteur	psihomotorička usporenost
réaction paradoxale	paradoksalna reakcija
réapparition des symptômes	ponovno pojavljivanje simptoma
rechute	relaps
récidive	recidiv
réurrence	povrat
régression des symptômes	smanjenje simptoma
rémission	remisija
rémission complète	potpuna remisija
rémission partielle	djelomična remisija
rémission symptomatique	remisija simptoma
réponse au traitement	terapijski odgovor
réponse complète	potpuni odgovor
réponse insuffisante	nedovoljni odgovor
réponse partielle	djelomični odgovor
résistance aux antidépresseurs	rezistencija na antidepresive
rétention urinaire	retencija mokraće
retentissement des symptômes	utjecaj simptoma
rhinorrhée	rinoreja
risque de dépendance	rizik od ovisnosti
risque de saignement	rizik od krvarenja
risque hémorragique	rizik od krvarenja
risque suicidaire	suicidalni rizik
risque tératogène	teratogeni rizik
rumination	ruminacija
santé mentale	mentalno zdravlje
santé physique	tjelesno zdravlje
santé psychique	psihičko zdravlje
schizophrénie	shizofrenija

sédation	sedacija
sels de lithium	litijeve soli
sensation vertigineuse	osjet vrtoglavice
sentiment de culpabilité	osjećaj krivnje
sentiment de dévalorisation	osjećaj bezvrijednosti
sentiment d'infériorité	osjećaj inferiornosti
sertraline	sertralin
sevrage tabagique	odvikavanje od nikotina
sommeil refuge	bijeg u san
somnolence	pospanost
souffrance cliniquement significative	klinički značajna smetnja
souffrance émotionnelle	emocionalna patnja
souffrance morale	emocionalna patnja
stratégie thérapeutique	terapijska strategija
substance psychoactive	psihoaktivna tvar
sujet alcoololo-dépendant	osoba ovisna o alkoholu
sujet tabaco-dépendant	osoba ovisna o nikotinu
surdosage	predoziranje
surexcitation	pretjerana ekscitacija
surveillance clinique	kliničko praćenje
surveillance néo-natale	neonatalno praćenje
symptomatologie	simptomatologija
symptomatologie suicidaire	suicidalna simptomatologija
symptôme	simptom
symptôme anxieux	simptom anksioznosti
symptôme comportemental	ponašajni simptom
symptôme dépressif	simptom depresije
symptôme hypomaniaque	simptom hipomanije
symptôme isolé	izolirani simptom
symptôme physique	tjelesni simptom
symptôme psychologique	psihički simptom
symptôme psychotique	psihotični simptom

symptôme résiduel	rezidualni simptom
symptôme sexuel	seksualni simptom
syndrome d'arrêt	apstinencijski sindrom
syndrome de sevrage	sindrom ustezanja
syndrome pseudo-grippal	sindrom gripe
syndrome psychotique	psihotični sindrom
syndrome sérotoninergique	serotoninergički sindrom
tableau clinique	klinička slika
tachycardie	tahikardija
tension nerveuse	napetost
tentative de suicide	pokušaj samoubojstva
thérapie cognitivo-comportementale	kognitivno-bihevioralna terapija
thymorégulateur	stabilizator raspoloženja
tianeptine	tianeptin
tolérance	tolerancija
toxicité	toksičnost
traitement	liječenje, terapija
traitement antidépresseur	liječenje antidepresivima
traitement d'attaque	inicijalna terapija
traitement de consolidation	terapija konsolidacije
traitement de maintenance	terapija održavanja
traitement médicamenteux	medikamentozno liječenje
traitement thymorégulateur	liječenje stabilizatorima raspoloženja
tremblement	tremor
triiodothyronine	triiodotironin
trimipramine	trimipramin
tristesse	tuga
tristesse pathologique	patološka tuga
trouble anxieux	anksiozni poremećaj
trouble anxieux caractérisé	karakterizirani anksiozni poremećaj
trouble anxieux et dépressif mixte	mješovit anksiozni i depresivni poremećaj
trouble anxieux généralisé (TAG)	generalizirani anksiozni poremećaj (GAP)

trouble associé	popratni poremećaj
trouble bipolaire	bipolarni poremećaj
trouble bipolaire de l'humeur	bipolarni afektivni poremećaj
trouble cyclothymique	ciklotimični poremećaj
trouble d'adaptation avec humeur dépressive	poremećaj prilagodbe s depresivnim raspoloženjem
trouble de l'équilibre	poremećaj ravnoteže
trouble de l'humeur	poremećaj raspoloženja
trouble de la conduction auriculo-ventriculaire	poremećaj atrioventrikularnog provođenja
trouble de la personnalité	poremećaj osobnosti
trouble de la vision	poremećaj vida
trouble de l'appétit	poremećaj apetita
trouble dépressif	depresivni poremećaj
trouble dépressif caractérisé	karakterizirani depresivni poremećaj
trouble dépressif majeur unipolaire	unipolarni veliki depresivni poremećaj
trouble dépressif récurrent	povratni depresivni poremećaj
trouble dépressif unipolaire	unipolarni depresivni poremećaj
trouble des conduites alimentaires	poremećaj hranjenja
trouble du rythme	poremećaj srčanog ritma
trouble du sommeil	poremećaj spavanja
trouble dysthymique	distimični poremećaj
trouble liés à l'utilisation de substances psychoactives	poremećaj vezan uz psihoaktivne tvari
trouble neurologique	neurološki poremećaj
trouble neuro-sensoriel	neurosenzorni poremećaj
trouble obsessionnel compulsif (TOC)	opsesivno-kompulzivni poremećaj (OKP)
trouble panique (TP)	panični poremećaj (PP)
trouble panique avec agoraphobie	panični poremećaj s agorafobijom
trouble panique sans agoraphobie	panični poremećaj bez agorafobije
trouble psychiatrique	psihijatrijski poremećaj
trouble psychique	duševni poremećaj

trouble psychotique	psihotični poremećaj
type d'antidépresseur	vrsta antidepresiva
type de traitement	vrsta liječenja
urgence psychiatrique	hitno stanje u psihijatriji
utilisation des antidépresseurs	uporaba antidepresiva
utilisation prolongée	produljena uporaba
variabilité interindividuelle	interindividualna razlika
venlafaxine	venlafaksin
vertige	vrtočlavica
violence verbale	verbalno nasilje
virage maniaque	prijelaz u maniju
voie d'administration	način primjene
vomissement	povraćanje

8. Fiches terminologiques

terme	trouble de l'humeur
catégorie grammaticale	n. m.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	
synonyme	trouble affectif
contexte	Les troubles de l'humeur sont des perturbations de l'humeur qui sont exceptionnellement prolongées ou sévères, et suffisamment graves pour perturber le fonctionnement quotidien. Il y a différents types de troubles de l'humeur, y compris les troubles dépressifs (unipolaires), comme le trouble dépressif majeur et le trouble dysthymique, et des troubles impliquant des oscillations de l'humeur, tels que le trouble bipolaire et le trouble cyclothymique.
source du contexte	Psychopathologie, Jeffrey Nevid, Spencer A. Rathus et Beverly Greene ; Pearson Education, 2009, p. 184
hyperonyme	trouble mental
hyponyme	trouble dépressif, trouble bipolaire
isonyme	trouble anxieux
définition	Trouble mental caractérisé par une perturbation de l'humeur cliniquement significative par rapport au fonctionnement antérieur du patient et qui doit durer pendant un temps exactement déterminé.
équivalent croate	poremećaj raspoloženja
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. m.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	afektivni poremećaj
contexte de l'équivalent	Pod pojmom poremećaja raspoloženja razumijevaju se duševni poremećaji u kojima se osnovne psihopatološke promjene zbivaju u raspoloženju, a prate ga i promjene u nekim

	drugim psihičkim i tjelesnim funkcijama.
source de l'équivalent	Psihijatrija, Ljubomir Hotujac i suradnici, Medicinska naklada, 2006, p. 165

terme	trouble dépressif
catégorie grammaticale	n. m.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	
synonyme	dépression, dépression unipolaire
contexte	Dans un trouble dépressif, cependant, la tristesse peut survenir sans raison précise, continuer plus longtemps que ce qui est raisonnablement attendu et elle peut inclure le sentiment intense d'avoir peu de valeur et des délires.
source du contexte	Psychologie, pensée, cerveau et culture, D. Westen, De Boeck, 2000, p. 836
hyperonyme	trouble de l'humeur
hyponyme	trouble dépressif majeur, trouble dysthymique
isonyme	trouble bipolaire
définition	Trouble de l'humeur caractérisé par un sentiment de tristesse pathologique et excessive, d'intensité allant de légère au sévère durant au moins deux semaines.
équivalent croate	depresivni poremećaj
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. m.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	depresija, unipolarna depresija
contexte de l'équivalent	Depresivni poremećaj predstavlja jednu od najjačih duševnih patnja. Osoba koja boluje od depresije duboko pati, sve njezine funkcije su promijenjene, ništa je ne veseli i nerijetko je suicidalna.
source de l'équivalent	Farmakoterapija depresija, Vera Folnegović-Šmalc et al., MEDICUS, Vol. 13, No 1., 2004, p. 31

terme	trouble dépressif majeur
catégorie grammaticale	n. m.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	
synonyme	dépression majeure, dépression caractérisée, trouble dépressif caractérisé
contexte	La forme la plus grave de la dépression est le trouble dépressif majeur, caractérisé par une humeur dépressive et une perte d'intérêt pour les activités agréables (anhédonie).
source du contexte	Psychologie, pensée, cerveau et culture, D. Westen, De Boeck, 2000, p. 836
hyperonyme	trouble dépressif
hyponyme	épisode dépressif majeur
isonyme	trouble dysthymique
définition	Trouble dépressif caractérisé par une évolution clinique consistant en un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs qui peuvent être d'intensité légère, modérée ou sévère et comportant un ensemble de symptômes, notamment humeur dépressive, perte d'intérêt ou de plaisir, sentiments de culpabilité ou faible estime de soi, sommeil ou appétit perturbé, manque d'énergie, mauvaise concentration et idées noires.
équivalent croate	veliki depresivni poremećaj
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. m.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	velika depresija
contexte de l'équivalent	Veliki depresivni poremećaj javlja se u obliku bar jedne depresivne epizode, koja je karakterizirana depresivnim raspoloženjem, gubitkom na težini, nesanicom, psihomotoričkom agitacijom ili usporenošću, osjećajem bezvrijednosti ili krivnje, neodlučnošću, opetovanim mislima o smrti, te značajno smanjenim zanimanjem ili uživanjem u aktivnostima.
source de l'équivalent	Diplomski rad : Odnos simptoma anksioznosti, depresivnosti i somatizacije u dječjoj dobi, Asja

	Zajić, Filozofski fakultet, Odsjek za psihologiju, 2005, p. 11
terme	trouble dysthymique
catégorie grammaticale	n. m.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	
synonyme	dysthymie
contexte	Comme le trouble dépressif majeur, le trouble dysthymique est plus commun chez les femmes que chez les hommes. Dans le trouble dysthymique, les plaintes dépressives peuvent devenir une telle caractéristique de la vie des gens qu'elles semblent tissées dans la structure de leur personnalité.
source du contexte	Psychopathologie, Jeffrey Nevid, Spencer A. Rathus et Beverly Greene ; Pearson Education, 2009, p. 169
hyperonyme	trouble dépressif
hyponyme	
isonyme	trouble dépressif majeur
définition	Trouble dépressif chronique et atténué ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif majeur et qui dure au moins deux ans (un an pour les enfants et les adolescents).
équivalent croate	distimnični poremećaj
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. m.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	distimija
contexte de l'équivalent	Distimija se ipak smatra kroničnim poremećajem i nije epizodne naravi. Stoga distimnične osobe mogu pokazivati privremene varijacije u težini simptoma. Glavni je simptom deprimirano raspoloženje karakterizirano tugom, nelagodom, neraspoloženjem i gubitkom interesa za uobičajene aktivnosti.
source de l'équivalent	Psihijatrija, Ljubomir Hotujac i suradnici, Medicinska naklada, 2006, p. 181

terme	trouble bipolaire
catégorie grammaticale	n. m.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	
synonyme	trouble affectif bipolaire, trouble maniaco-dépressif, psychose maniaco-dépressive
contexte	Les personnes qui souffrent de troubles bipolaires oscillent des hauteurs des exaltations aux abîmes de la dépression sans aucune cause extérieure. Les épisodes maniaques, durant en général de quelques semaines à plusieurs mois, sont typiquement plus courts en durée et finissent de façon plus abrupte que les épisodes de dépression majeure.
source du contexte	Psychopathologie, Jeffrey Nevid, Spencer A. Rathus et Beverly Greene ; Pearson Education, 2009, p. 169
hyperonyme	trouble de l'humeur
hyponyme	trouble bipolaire I, trouble bipolaire II, trouble cyclothymique
isonyme	trouble dépressif
définition	Trouble de l'humeur caractérisé par une période d'euphorie marquée (manie) ou légère (hypomanie) qui peut être isolée ou mixte en même temps avec la dépression, soit se succéder avec des périodes de dépression caractérisée, les symptômes psychotiques étant souvent présents chez le patient.
équivalent croate	bipolarni poremećaj
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. m.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	bipolarni afektivni poremećaj, manično-depresivni poremećaj, manično-depresivna pishoza
contexte de l'équivalent	Bipolarni afektivni poremećaj ima dva osnovna obilježja u odnosu na kliničku sliku: 1. izmjenjivost kliničkih slika 2. poremećaj raspoloženja, koji je praćen adekvatnim afektom i manifestacijama tog poremećaja u nizu drugih simptoma, prije svega: poremećaj nagona, prosuđivanja, vitalnosti, mišljenja, pažnje, motorike, ponašanja, kritičnosti prema sebi i drugima.
source de l'équivalent	Klinička slika bipolarnog poremećaja, Vera

	Folnegović Šmalc, www.cybermed.hr (dernier accès le 20 mai 2013)
terme	trouble cyclothymique
catégorie grammaticale	n. m.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	
synonyme	cyclothymie
contexte	Les frontières entre le trouble bipolaire et le trouble cyclothymique ne sont pas encore clairement établies. Environ 33% des personnes souffrant de troubles cyclothymiques finissent par développer un trouble bipolaire, un risque environ 33 fois plus important que pour la population en général.
source du contexte	Psychopathologie, Jeffrey Nevid, Spencer A. Rathus et Beverly Greene ; Pearson Education, 2009, p. 170
hyperonyme	trouble bipolaire
hyponyme	
isonyme	trouble bipolaire I, trouble bipolaire II
définition	Trouble de l'humeur comportant les périodes de symptômes hypomaniaques ne remplissant pas les critères d'un épisode hypomaniaque et les périodes de symptômes dépressifs ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif majeur, et qui dure au moins deux ans (un an pour les enfants et les adolescents).
équivalent croate	ciklotimični poremećaj
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. m.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	ciklotimija
contexte de l'équivalent	Ciklotimija se obično smatra manje teškim oblikom bipolarnoga poremećaja. Dobar dio liječnika ciklotimiju prihvata kao urođeni poremećaj temperamenta pri čemu je znatna uloga bioloških čimbenika.
source de l'équivalent	Psihijatrija, Ljubomir Hotujac i suradnici, Medicinska naklada, 2006, p. 182

terme	trouble anxieux
catégorie grammaticale	n. m.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	
synonyme	anxiété
contexte	Une partie des gens affectés par des troubles anxieux réussissent à vivre de façon plus ou moins normale. Toutefois, l'anxiété peut être si dérangeante qu'elle finit par nuire aux activités quotidiennes et par occasionner des difficultés conjugales, familiales, professionnelles et financières.
source du contexte	Les troubles anxieux : Approche cognitive et comportementale, Robert Ladouceur et al., Masson, 2002, p. 3
hyperonyme	trouble mental
hyponyme	trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, phobie spécifique, trouble d'anxiété généralisée, état de stress post-traumatique
isonyme	trouble de l'humeur
définition	Trouble mental caractérisé par plusieurs formes de peur et anxiété pathologique cliniquement significative affectant le fonctionnement normal et accompagné des symptômes physiques tels que maux de tête, tremblements, problèmes intestinaux.
équivalent croate	anksiozni poremećaj
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. m.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	anksioznost
contexte de l'équivalent	Anksiozni poremećaji su učestali poremećaji u populaciji. [...] Osnovno dijagnostičko pravilo za postavljanje dijagnoze jednog od anksioznih poremećaja svodi se na utvrđivanje simptoma anksioznosti.
source de l'équivalent	Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja, Slađana Štkralj Ivezić et al., MEDIX Vol. 13 No. 71, 2007, p. 56

terme	trouble obsessionnel-compulsif
catégorie grammaticale	n. m.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	TOC
synonyme	
contexte	Le rituel est souvent la partie émergée de l'iceberg des obsessions-compulsions : c'est-à-dire qu'un individu touché par le trouble obsessionnel-compulsif peut aisément cacher ses obsessions (ce n'est qu'une pensée) mais plus rarement son rituel, qui est le plus souvent un geste.
source du contexte	Le trouble obsessionnel-compulsif : Le manuel du thérapeute, Alain Sauteraud, Odile Jacob, 2005, p. 46
hyperonyme	trouble anxieux
hyponyme	
isonyme	trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, phobie spécifique, trouble d'anxiété généralisée, état de stress post-traumatique
définition	Trouble anxieux caractérisé par l'apparition répétée de pensées intrusives ou obsessions entraînant une anxiété marquée et de gestes répétées et ritualisées ou compulsions servant à soulager cette anxiété.
équivalent croate	opsesivno-kompulzivni poremećaj
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. m.
variante de l'équivalent	OKP
synonyme de l'équivalent	obuzeto-prisilni poremećaj
contexte de l'équivalent	Opsesivno-kompulzivni poremećaj će se dijagnosticirati kada su opsesija (misli, ideje ili predodžbe) ili kompulzija (radnje), ili jedno i drugo, prisutni većinu dana najmanje u trajanju od 2 tjedna.
source de l'équivalent	Dijagnosticiranje anksioznih poremećaja, Slađana Štkralj Ivezić et al., MEDIX Vol. 13 No. 71, 2007, p. 58

terme	phobie sociale
catégorie grammaticale	n. f.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	PS
synonyme	trouble d'anxiété sociale
contexte	Une phobie sociale provoque toujours une détresse extrême, qui ne correspond pas à un danger objectif, et qui conduit à un évitement, persistant et parfois généralisé.
source du contexte	Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Jean E. Dumas, De Boeck, 2013, p. 336
hyperonyme	trouble anxieux
hyponyme	
isonyme	trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique, agoraphobie, phobie spécifique, trouble d'anxiété généralisée, état de stress post-traumatique
définition	Trouble anxieux caractérisée par une peur persistante de l'exposition aux situations sociales où le patient pourrait être observé attentivement par d'autres personnes et où il pourrait être humilié, ce qui conduit souvent à un comportement d'évitement.
équivalent croate	socijalna fobija
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. f.
variante de l'équivalent	SF
synonyme de l'équivalent	socijalni anksiozni poremećaj, društvena fobija
contexte de l'équivalent	Bihevioralne teorije socijalnu fobiju tumače procesima kondicioniranja traumatskih iskustava, nedostatkom socijalnih vještina i procesima učenja po modelu ili uzoru.
source de l'équivalent	Psihijatrija, Ljubomir Hotujac i suradnici, Medicinska naklada, 2006, p. 187

terme	phobie spécifique
catégorie grammaticale	n. f.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	
synonyme	phobie simple, phobie isolée
contexte	Dans une phobie spécifique de <i>type animal</i> , la peur est induite par les animaux ou les insectes. Dans une phobie spécifique de <i>type environnement naturel</i> , certains phénomènes naturels (p. ex., orages, hauteurs) provoquent des sentiments intenses de peur et d'angoisse.
source du contexte	Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, Jean E. Dumas, De Boeck, 2013, p. 335
hyperonyme	trouble anxieux
hyponyme	
isonyme	trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble d'anxiété généralisée, état de stress post-traumatique
définition	Trouble anxieux caractérisée par une peur persistante de l'exposition à un objet particulier (p. ex. phobie de certains animaux) ou à une situation isolée (p. ex. phobie de transports publics ou d'ascenseurs), ce qui conduit souvent à un comportement d'évitement.
équivalent croate	specifična fobija
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. f.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	jednostavna fobija, izolirana fobija
contexte de l'équivalent	Mnoge specifične fobije pojavljuju se u djetinjstvu i spontano iščeznu. Fobije koje traju u odrasloj dobi rijetko prođu bez liječenja.
source de l'équivalent	Psihijatrija, Ljubomir Hotujac i suradnici, Medicinska naklada, 2006, p. 190

terme	trouble d'anxiété généralisée
catégorie grammaticale	n. m.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	TAG
synonyme	trouble anxieux généralisée, anxiété généralisée
contexte	Il existe plusieurs travaux portant sur le retentissement fonctionnel de l'anxiété généralisée, mesuré à l'aide de différents indices comme le nombre de jours perturbés par le trouble, par des échelles de gêne ou de handicap, ou par des échelles de qualité de vie.
source du contexte	L'anxiété généralisée, P. Boyer, John Libbey Eurotext, 2005, p. 124
hyperonyme	trouble anxieux
hyponyme	
isonyme	trouble obsessionnel-compulsif, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, phobie spécifique, état de stress post-traumatique
définition	Trouble anxieux caractérisé par une peur et ou des soucis excessifs et injustifiés concernant deux ou plusieurs situations ou événements survenant la plupart du temps durant une période d'au moins six mois.
équivalent croate	generalizirani anksiozni poremećaj
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. m.
variante de l'équivalent	GAP
synonyme de l'équivalent	opći anksiozni poremećaj, generalizirana anksioznost
contexte de l'équivalent	Opći anksiozni poremećaj očituje se karakterističnim psihičkim simptomima zabrinutosti i bojažljivosti, tjelesnim anksioznim simptomima, te specifičnim ponašanjem bolesnika. Ovi simptomi prisutni su neovisno o opasnim situacijama i stresovima, razlikuje se od normalne anksioznosti, a njihov uzrok i nastanak obično su nejasni pacijentima.
source de l'équivalent	Psihijatrija, Ljubomir Hotujac i suradnici,

	Medicinska naklada, 2006, p. 194
terme	agitation
catégorie grammaticale	n. f.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	
synonyme	agitation psychomotrice
contexte	Lorsqu'une agitation entraîne l'appel à une intervention médicale, il s'agit le plus souvent d'une situation d'urgence. Le symptôme est en effet généralement mal supporté et l'entourage souhaite qu'il soit rapidement corrigé.
source du contexte	Psychiatrie, G. Darcourt, Heures de France, 2004, p. 76
hyperonyme	symptôme relatif à l'humeur
hyponyme	
isonyme	irritabilité, symptôme dépressif
définition	Symptôme relatif à l'humeur consistant en augmentation d'activité motrice due à une tension intérieure, et qui est improductive et stéréotypée, p. ex. la marche de long en large, l'impossibilité de tenir en place, des frottements de mains, etc.
équivalent croate	agitacija
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. f.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	psihomotorička uznemirenost
contexte de l'équivalent	Psihomotorička agitacija zahtijeva urgentnu intervenciju pa treba čim prije utvrditi njezinu narav (manija, depresija, panični poremećaj, akutna stresna reakcija, PTSP, katatona shizofrenija, delirij, sumračno stanje, nuspojava psihofarmaka).
source de l'équivalent	Psihijatrija, Ljubomir Hotujac i suradnici, Medicinska naklada, 2006, p. 44

terme	idée suicidaire
catégorie grammaticale	n. f.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	
synonyme	pensée suicidaire
contexte	Pendant l'épisode suicidaire, les suicidants comparés aux patients qui ont des idées suicidaires passent plus de temps à penser, sont plus souvent repliés sur eux-mêmes et disent moins facilement à quelqu'un ce qu'ils pensent.
source du contexte	La crise suicidaire. Reconnaître et prendre en charge, Guy Darcourt, Philippe Mazet, John Libbey Eurotext, p. 370
hyperonyme	symptomatologie suicidaire
hyponyme	
isonyme	
définition	Conceptualisation d'une intention possible de suicide que se fait le patient pour essayer de mettre fin de manière radicale au désespoir qu'il éprouve.
équivalent croate	suicidalna misao
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. m.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	suicidalna ideja
contexte de l'équivalent	Pojava anksioznosti i agitacije može znatno pojačati ozbiljnost suicidalnih misli, kao što suicidalne osobe mogu biti sklonije provedbi svojih suicidalnih misli kada postanu manje depresivne, tako da je bolesnike koji uzimaju SIPPS-e potrebno pažljivo pratiti nekoliko tjedana.
source de l'équivalent	Suicidalnost i depresija, Dragica Kozarić-Kovačić, Tihana Jendričko, MEDICUS Vol. 13 No. 1, p. 84

terme	médicament antidépresseur
catégorie grammaticale	n. m.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	antidépresseur
synonyme	
contexte	La prescription d'un médicament antidépresseur doit reposer sur une évaluation clinique soigneuse afin de distinguer les pathologies dépressives caractérisées nécessitant un traitement spécifique et les symptômes dépressifs isolés, souvent transitoires, qui ne justifient pas obligatoirement une mesure thérapeutique médicamenteuse.
source du contexte	Aidez vos proches à surmonter la dépression, Jérôme Palazzolo, Hachette Pratique, 2006, p. 103
hyperonyme	traitement antidépresseur
hyponyme	antidépresseur tricyclique, inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
isonyme	propriétés du traitement antidépresseur
définition	Psycho-analéptique qui agit sur les fonctions thymiques dans le traitement des troubles de l'humeur et des troubles anxieux en augmentant le taux de certains neurotransmetteurs (en particulier la sérotonine et la noradrénaline) dans les synapses.
équivalent croate	antidepresiv
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. m.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	
contexte de l'équivalent	Antidepresivi su skupina lijekova vrlo različitog mehanizma djelovanja i strukture sa zajedničkim svojstvom da kod visokog postotka depresivnih osoba dovode do djelomičnog ili potpunog povlačenja depresivnih simptoma i znakova.
source de l'équivalent	Farmakoterapija depresija, Vera Folnegović-Šmalc et al., MEDICUS, Vol. 13, No 1., 2004, p. 32

terme	réponse thérapeutique
catégorie grammaticale	n. f.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	
synonyme	
contexte	Un continuum pour définir la réponse thérapeutique indique que plusieurs patients, alors qu'ils se rétablissent partiellement, présentent quand même une symptomatologie positive et négative importante, ainsi que des déficits qui ont un impact non négligeable sur leur fonctionnement et leur intégration psychosociale.
source du contexte	Manuel de psychopharmacothérapie, Paul Linkowski, Academia Press, 2003, p. 130
hyperonyme	propriété du traitement antidépresseur
hyponyme	réponse insuffisante, réponse complète, non-réponse au traitement
isonyme	posologie, arrêt du traitement, tolérance, dosage plasmatique, voie d'administration, observance thérapeutique, efficacité thérapeutique, indication, contre-indication, non indication
définition	Conséquence d'une stratégie thérapeutique, le plus souvent médicamenteuse, qui ne doit pas nécessairement survenir ou peut survenir en tant que réponse satisfaisante ou insatisfaisante.
équivalent croate	terapijski odgovor
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. m.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	
contexte de l'équivalent	Brojnim randomiziranim kontroliranim kliničkim istraživanjima dokazana je učinkovitost različitih skupina antidepresiva, no podudarnost u željenom ishodu daleko je od željene: tek kod 50-65% bolesnika kod kojih je započeta terapija antidepresivima postiže se terapijski odgovor [...] dok je taj odgovor u skupini bolesnika koji su dobivali placebo između 25-30%.
source de l'équivalent	Farmakogenetika depresija, Neven Henigsberg, Vera Folnegović-Šmalc, MEDICUS, Vol. 13, No 1., 2004, p. 107

terme	syndrome de sevrage
catégorie grammaticale	n. m.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	
synonyme	syndrome d'arrêt
contexte	Comme pour tout antidépresseur, l'arrêt du traitement doit être progressif afin d'éviter un syndrome de sevrage.
source du contexte	Médicaments en gériatrie, Nicolas Tournier et al, Editions Lamarre, 2006, p. 47
hyperonyme	arrêt du traitement
hyponyme	
isonyme	
définition	Ensemble de signes et de symptômes physiques et psychologiques dus à un état de dépendance à une substance chimique.
équivalent croate	sindrom ustezanja
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. m.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	apstinencijski sindrom
contexte de l'équivalent	Naglim prekidom uzimanja venlafaksina postoji značajan rizik od sindroma ustezanja. Mehanizam nastanka sličan je kao kod inhibitora ponovne pohrane serotonina (SSRI) no simptomi mogu biti jačeg intenziteta.
source de l'équivalent	http://bib.irb.hr/prikazi-rad?rad=509630 (dernier accès le 20 mai 2013)

terme	observance thérapeutique
catégorie grammaticale	n. f.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	observance
synonyme	conformité au traitement, adhérence au traitement
contexte	L'observance thérapeutique est un enjeu des plus importants, dans cette optique l'entourage du patient doit être un allié thérapeutique.
source du contexte	Psychiatrie de l'adulte : Formations médicales et paramédicales, Pierre André, Heures de France, 2006, p. 70
hyperonyme	propriétés du traitement antidépresseur
hyponyme	
isonyme	posologie, arrêt du traitement, tolérance, réponse thérapeutique, dosage plasmatique, voie d'administration, efficacité thérapeutique, indication, contre-indication, non indication
définition	Capacité d'une personne à respecter un traitement médicamenteux selon la prescription du médecin et représente le rapport de nombre de médicaments prescrits avec le nombre de médicaments pris.
équivalent croate	terapijska suradljivost
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. f.
variante de l'équivalent	suradljivost
synonyme de l'équivalent	
contexte de l'équivalent	Farmakoterapijskim savjetovanjem bolesnika povećava se njihovo znanje o lijekovima i bolesti, poboljšava se suradljivost u uzimanju lijekova te se u konačnici može povoljno utjecati na tijek i ishod bolesti.
source de l'équivalent	Disertacija: Utjecaj farmakoterapijskog savjetovanja bolesnika na učestalost hospitalizacije i hitnih pregleda, Srećko Marušić, Medicinski fakultet, 2011, p. 21

terme	psychothérapie
catégorie grammaticale	n. f.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	
synonyme	
contexte	La psychothérapie correspond à des méthodes de changement qui cherchent à diminuer la souffrance psychique et les perturbations de la personnalité.
source du contexte	Choisir une psychothérapie efficace, Jean Cottraux, Odile Jacob, 2011, p. 28
hyperonyme	type de traitement
hyponyme	thérapie cognitivo-comportementale
isonyme	traitement médicamenteux, électroconvulsivothérapie
définition	Méthode thérapeutique dans le traitement des problèmes psychologiques par des approches théoriques et pratiques différents.
équivalent croate	psihoterapija
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. f.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	
contexte de l'équivalent	Psihoterapija podrazumijeva pokušaje jedne osobe da psihološkim sredstvima olakša psihološke patnje i bol druge osobe. Kao instrument služe riječi, ali u obzir dolaze i drugi oblici komunikacije, kao što su različita simbolička ponašanja, od tapšanja po ramenima do razrađenih tehnika kojima se korigiraju emocionalne reakcije i uspostavlja unutrašnji mir.
source de l'équivalent	Psihoterapija anksioznih poremećaja, Rudolf Gregurek, Marijana Braš, MEDIX Vol. 13 No. 71, 2007, p. 73

terme	traitement d'attaque
catégorie grammaticale	n. m.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	
synonyme	traitement initial
contexte	En toute hypothèse, le traitement d'attaque de toute dépression reste à l'heure actuelle largement empirique et tributaire de la connaissance du maniement des molécules antidépressives, en particulier depuis l'apparition des nouvelles familles d'IMAO et de substances agonistes 5HT.
source du contexte	Modalités pratiques du traitement d'attaque, J. F. Allilaire, http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=3676367 (dernier accès le 20 mai 2013)
hyperonyme	phase de traitement
hyponyme	
isonyme	traitement de consolidation, traitement de maintenance
définition	Traitement qui consiste à traiter les symptômes au cours de la phase aigüe d'une maladie et correspond à la période thérapeutique initiale qui précède la phase du traitement de maintenance.
équivalent croate	inicijalna terapija
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. n.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	
contexte de l'équivalent	U slučaju serije epileptičkih napada ili epileptičkog statusa te predelirantnog stanja (prijetecog delirijuma) inicijalna terapija barbituratima u pravilu nije dostatna, pa treba nastaviti parenteralnu terapiju dijazepamom ili kolmetiazolom do prekida napadaja i uspostavljanja odgovarajuće sedacije.
source de l'équivalent	Apstinencijski sindrom i delirijum tremens, http://www.hskla.hr/ZBORNIK%20knjiga/04%20DIJAGNOZA%20ALKOHOLIZMA%20I%20KOMPLIKACIJE/0402%20APSTINENCIJSKI%20SINDROM%20I%20DELIRIJUM.htm (dernier accès le 20 mai 2013)

terme	effet pharmacologique
catégorie grammaticale	n. m.
domaine	psychiatrie
sous-domaine	troubles dépressifs et anxieux
variante	
synonyme	action pharmacologique
contexte	La liaison du psychotrope au récepteur [...] est le point de départ d'une chaîne de réactions qui conduit à l'effet pharmacologique, c'est-à-dire à la réponse caractéristique de la cellule à ce psychotrope.
source du contexte	Psychotropes, pharmacologie et toxicomanie, M. B. Amar et L. Leonard, Presses Université De Montréal, 2003, p. 91
hyperonyme	effet indésirable des médicaments antidépresseurs
hyponyme	effets anticholinergiques, effet antihistaminique, effet sérotoninergique
isonyme	effet bénéfique des médicaments antidépresseurs
définition	Conséquence que peut avoir l'absorption d'un médicament sur l'organisme.
équivalent croate	farmakološki učinak
catégorie grammaticale de l'équivalent	n. m.
variante de l'équivalent	
synonyme de l'équivalent	farmakološko djelovanje
contexte de l'équivalent	Cimetidin i omeprazol mogu inhibirati metabolizam diazepama, povećati njegov poluživot i time potencirati njegov farmakološki učinak. Tada je dozu diazepama potrebno smanjiti.
source de l'équivalent	http://lijekovi.krenizdravo.com/lijekovi/upute/DIAZEPAM_JADRAN_345 (dernier accès le 20 mai 2013)

9. Arborescence

10. Conclusion

Le but de ce mémoire de fin d'études était d'expliquer les postulats terminologiques et de proposer une méthodologie du travail terminographique. Coude à coude, la terminologie et la terminographie sont deux disciplines qui jouent un rôle très important dans le cadre des langues de spécialité. La tâche de la terminologie est de mener une recherche et une analyse exhaustive des systèmes terminologiques dans n'importe quel domaine de l'activité humaine. En revanche, la terminographie se sert des données collectées et les recense à l'aide des outils qu'elle avait développés. D'abord, nous avons expliqué ce qu'est le terme et quel est le rapport entre concept, objet et dénomination. Nous avons ensuite introduit les règles directrices pour l'accomplissement du travail terminographique. Dans un tel travail, il faut restreindre le domaine et le sous-domaine, rassembler un corpus et relever tous les termes pertinents. Ensuite, il faut créer un glossaire bilingue français-croate incluant tous les termes techniques, même si quelques-uns d'entre eux sont des termes qui n'appartiennent pas à notre domaine ou à notre sous-domaine. Enfin, il est nécessaire de décrire dans les fiches terminologiques les termes appartenant uniquement à notre domaine et d'établir les relations entre les concepts (par conséquent les termes) sur l'arbre conceptuel.

Il faut souligner qu'il est indispensable d'avoir un corpus adéquat afin de pouvoir identifier les termes pertinents les plus fréquents dans un système conceptuel donné, à savoir dans notre domaine et sous-domaine. Le corpus a été composé de trois textes du domaine de la psychiatrie, le premier étant destiné aux médecins, le deuxième au plus grand nombre de personnes, spécialistes ou non, et le troisième texte s'adressant uniquement au grand public. Ce corpus représentatif a été ultérieurement traduit en croate afin de pouvoir élaborer des fiches terminologiques bilingues ainsi qu'un glossaire bilingue.

Les fiches terminologiques comportent plusieurs rubriques qui ont servi à décrire vingt termes principaux. Le champ « contexte » qui contient une citation illustrant l'usage du terme aide le lecteur à saisir le sens du terme vedette. Le champ « définition » permet au lecteur de comprendre les caractères d'un concept et d'identifier sa position dans le système conceptuel. Nos fiches incluent également le terme équivalent en croate et le contexte de l'équivalent. Tous les termes figurant dans les fiches peuvent être facilement repérés sur l'arbre conceptuel.

Il s'agit de la représentation graphique des concepts et des relations qu'elles entretiennent entre elles. Ces relations peuvent être également décelées grâce aux rubriques « hyperonyme », « hyponyme » et « isonyme » dans les fiches : c'est justement la catégorie qui rapproche l'arborescence et les fiches terminologiques. Tous les outils terminographiques mentionnés ci-dessus ont une valeur pratique dans la traduction des textes spécialisés et peuvent aider le traducteur à exercer son travail avec plus de consistance et de précision.

En ce qui concerne la terminologie médicale dans les deux langues, nous avons conclu que la différence dans l'usage des formes savantes et des formes populaires découle directement des deux systèmes langagiers. Ainsi, en cas de synonymie, la langue française montre une certaine consistance dans l'usage des formes savantes dans les textes spécialisés (céphalée, risque hémorragique, etc.) et dans l'usage des formes populaires dans les textes « généraux » (mal de tête, risque de saignement). Quand même, la synonymie a été très rare dans notre corpus, d'ailleurs, le français dispose dans la majorité des cas d'une seule forme du terme : insomnie, hypersensibilité, trouble obsessionnel-compulsif, trouble d'anxiété générale, etc. Par contre, la terminologie psychiatrique croate est parfois inconsistante en raison de la concurrence entre les formes d'étymologie latine ou grecque et d'étymologie slave : *insomnija/nesanica*, *iritabilnost / razdražljivost*, *hipersenzibilnost/preosjetljivost*, *opsesivno-kompulzivni poremećaj/obuzeto-prisilni poremećaj*, *generalizirani anksiozni poremećaj/opći anksiozni poremećaj*. Il n'est pas possible d'adopter un paradigme et de prévoir clairement quelle serait la forme préférée dans une situation donnée. Dans cette optique, nous avons conclu que la fréquence et l'attestation dans l'usage régissent le choix des formes concurrentes. Si la fréquence est similaire, la politique terminologique actuelle recommande d'utiliser le terme croate. Nous avons observé également une tendance à « croatiser » entièrement la terminologie psychiatrique dans le manuel « *Psihijatrija* » qui propose des termes tels que *obuzeto-prisilni poremećaj* ou *opći anksiozni poremećaj* bien qu'ils ne se soient jamais utilisés. De même, la version croate du DSM-IV utilise avec beaucoup d'inconsistance les formes concurrentes d'un même concept (*funkcioniranje / djelovanje*, *psihotični simptom / psihotično obilježje*, *retardacija / usporenost*, *poremećaj pažnje / rastresenost*, *oštećenje / manjkavost*), ce qui reflète soit un manque de savoirs terminologiques soit une désorganisation dans le système. Il faudrait mener des recherches supplémentaires afin de décrire et de comparer plus en détail la terminologie psychiatrique française et croate.

11. Bibliographie

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé, *Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et anxieux de l'adulte – recommandations*, Saint-Denis, 2006.

Amal Jammal, *Une méthodologie de la traduction médicale*, Méta : journal des traducteurs, Vol. 44, No. 2, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 1999.

Američka psihijatrijska udruga, *DSM-IV Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje*, Naklada Slap, Zagreb, 1998.

Association américaine de psychiatrie, *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux : Texte révisé*, Editions Masson, Paris, 2003.

Bernard Robinson, *Psychologie clinique – De l'initiation à la recherche*, De Boeck, Bruxelles, 2005.

Daniel Gouadec, *Terminologie – constitution des donnés*, AFNOR, Paris, 1990.

François Gonon, *Psychiatrie biologique : une bulle spéculative ?*, revue Esprit, Paris, 2011.

INPES et Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, *La dépression, en savoir plus pour en sortir*, Saint-Denis, 2007.

ISO, *ISO 1087-1:2000*, Genève, 2000.

Ivan Furlan et al., *Psihologijski rječnik*, Naklada Slap, Zagreb, 2005.

Julien-Daniel Guelfi et Frédéric Rouillon, *Manuel de psychiatrie*, Elsevier Masson, Paris 2012.

Karen Huffman, *Introduction à la psychologie*, De Boeck, Bruxelles, 2009.

Larousse Multimédia, *Larousse médical*, Cédérom PC

Ljubomir Hotujac i suradnici, *Psihijatrija*, Medicinska naklada, Zagreb, 2006.

Loïc Depecker, *Entre signe et concept – éléments de terminologie générale*, Presses Sorbonne Nouvelle, Paris, 2002.

Louise Larivière, *Comment formuler une définition terminologique ?*, Méta : journal des traducteurs, Vol. 41, No. 3, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 1996.

Mariana Pitar, *La fiche terminologique – expansion et applications*, Scientific Bulletin of the „Politechnica“ University of Timisoara, Vol. 10, No. 1-2, Timisoara, 2011.

Maurice Rouleau, *La langue médicale : une langue de spécialité à emprunter le temps d'une traduction*, Méta : journal des traducteurs, Vol. 8, No. 2, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 1995.

Maurice Rouleau, *La voix passive dans les textes médicaux et para-médicaux*, Méta : journal des traducteurs, Vol. 38, No. 3, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 1993.

Milica Mihaljević et Lana Hudeček, *Hrvatski terminološki priručnik*, Institut za hrvatski jezik i jezikoslovlje, Zagreb, 2009.

Robert Vézina et autres, *La rédaction de définitions terminologiques*, Office québécois de la langue française, Montréal, 2009.

Silvia Pavel et Diane Nolet, *Précis de terminologie*, Bureau de la traduction, Direction de la terminologie et de la normalisation, Gatineau (Québec), 2001.

Steeves Demazeux, *Les catégories psychiatriques sont-elles dépassées ?*, revue Philonsorbonne, Paris, 2007-08.

Thomas Morin, *Épisodes dépressifs : des situations multiples*, Études et résultats, N° 661, Paris, 2008.

Valentin Putanec, *Dictionnaire français-croate*, Školska knjiga, Zagreb, 2003.

12. Résumé

Ce travail vise à expliquer les principes fondamentaux de la terminologie en tant que discipline qui examine et décrit les systèmes conceptuels. Les caractères des concepts et leurs relations dans un système nettement délimité représentent le point de départ de chaque recherche terminologique. L'approche onomasiologique en terminologie garantit l'univocité du terme, à savoir la situation où un seul concept peut être attribué à une seule dénomination. Ensuite, nous avons traduit le corpus, rédigé en français, contenant trois textes du domaine des troubles dépressifs et anxieux. Une brève analyse des traductions a été faite, ainsi que de quelques difficultés rencontrées à la traduction de la terminologie psychiatrique. Le corpus a servi également pour rédiger un glossaire bilingue, pour travailler des fiches terminologiques et l'arbre de concept. Le glossaire comporte tous les termes repérés dans le corpus, nonobstant le domaine ou le sous-domaine. En revanche, seuls les termes pertinents, liés aux troubles de l'humeur et aux troubles anxieux ont été décrits dans les fiches terminologiques. L'arbre de concept est une illustration graphique des relations hiérarchiques, plus précisément génériques entre les concepts, le concept subordonné ou l'hyponyme ayant tous les caractères du concept superordonné ou de l'hyperonyme, et au moins un caractère distinctif. Les concepts au même niveau d'abstraction sont appelés isonymes. Généralement, certaines différences entre la terminologie psychiatrique franco-croate existent à cause de l'usage et de la distribution différente des formes morphologiques savantes et populaires. Le français montre une consistance terminologique beaucoup plus marquée que le croate, où il n'est pas toujours clair quelles sont les formes préférées et pourquoi.

Mots clés: terminologie, terminographie, activité traduisante, troubles dépressifs et anxieux

13. Sažetak

Ovaj rad nastoji objasniti osnovne principe terminologije kao discipline koja se bavi proučavanjem i opisivanjem pojmovnih sustava. Obilježja pojmova i njihovi odnosi unutar jasno razgraničenog sustava polazišna su točka svakog terminološkog istraživanja. Onomaziološki pristup u terminologiji jamči načelo jednoznačnosti termina, odnosno situaciju u kojoj se jednom pojmu pripisuje samo jedan naziv. Podaci dobiveni terminološkim istraživanjem obrađuju se terminografskom metodologijom koja je u radu detaljno objašnjena. Nakon toga smo pristupili prevođenju korpusa na francuskom jeziku koji se sastoji od tri teksta iz područja depresivnih i anksioznih poremećaja. Napravljena je kratka analiza prijevoda i nekih poteškoća u prevođenju psihijatrijske terminologije. Korpus je ujedno poslužio za sastavljanje dvojezičnog glosarija, izradu terminoloških kartica i konceptualnog stabla. Glosarij sadrži sve termine iz korpusa neovisno o domeni i poddomeni, dok se u terminološkim karticama opisuju isključivo pertinentni termini vezani uz poremećaje raspoloženja i anksiozne poremećaje. Konceptualnim se stablom grafički ilustriraju hijerarhijski, preciznije generički (rodni) odnosi među pojmovima, pri čemu podređeni pojam ili hiponim ima sva obilježja nadređenog pojma ili hiperonima i barem jedno razlikovno obilježje. Pojmovi na istom nivou apstrakcije nazivaju se izonimima. Općenito govoreći, postoje određene razlike između francuske i hrvatske psihijatrijske terminologije zbog različitog uzusa i distribucije učenih i pučkih morfoloških oblika. Francuski pokazuje znatno veću terminološku konzistentnost, dok je u hrvatskom često nejasno kojim se oblicima daje prednost i zašto.

Ključne riječi: terminologija, terminografija, prevođenje, depresivni i anksiozni poremećaji

Annexe : textes originaux



BON USAGE DES MEDICAMENTS ANTIDEPRESSEURS DANS LE TRAITEMENT DES TROUBLES DEPRESSIFS ET DES TROUBLES ANXIEUX DE L'ADULTE

RECOMMANDATIONS

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	1
INTRODUCTION.....	1
1. GENERALITES SUR LES TROUBLES DEPRESSIFS ET ANXIEUX	1
1.1. Troubles dépressifs.....	1
1.2. Troubles anxieux.....	2
2. ANTIDEPRESSEURS COMMERCIALISES EN FRANCE	2
2.1. Différentes classes d'antidépresseurs et éléments de pharmacologie	2
2.2. Indications et non-indications.....	3
2.3. Bilan pré-thérapeutique.....	3
2.4. Posologie, dosages plasmatiques et voie d'administration	4
2.5. Tolérance	4
2.6. Arrêt du traitement	5
2.7. Information du patient	5
3. SPECIFICITES DES MODALITES DE PRESCRIPTIONDANSLESEPIDODESDEPRESSIFS MAJEURS, C'EST-A-DIRE CARACTERISES.....	6
3.1. Critères de choix de l'antidépresseur	6
3.2. Evaluation de l'efficacité	7
3.3. Evaluation de la tolérance.....	8
3.4. Associations médicamenteuses	8
3.5. Stratégies thérapeutiques en cas de réponse insuffisante.....	9
3.6. Stratégies thérapeutiques en cas de rechute ou de résistance au traitement antidépresseur	9
3.7. Durée du traitement	9
3.8. Spécificités liées à certains terrains particuliers	9
3.9. Comorbidités psychiatriques.....	11
3.10. Comorbidités somatiques	11
4. SPECIFICITES DES MODALITES DE PRESCRIPTION DANS LES TROUBLES ANXIEUX (TOC, TP, PS, TAG, ESPT)	11
4.1. Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	11
4.2. Trouble panique (TP)	12
4.3. Phobie sociale ou Trouble anxiété sociale (PS)	12
4.4. Trouble anxieux généralisé (TAG).....	12
4.5. Etat de stress post-traumatique (ESPT)	13
CONCLUSION.....	13
ANNEXES.....	14
Annexe 1 - Définitions simples du trouble dépressif et autres troubles de l'humeur et du trouble anxieux caractérisé.....	15
Annexe 2 - Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur, c'est-à-dire caractérisé (DSM-IV-TR).....	16
Annexe 3 - Médicaments antidépresseurs commercialisés en France dans les épisodes dépressifs	16

AVANT-PROPOS

Les cadres nosographiques sur lesquels reposent les indications d'Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux sont issus du Manuel Statistique et Diagnostique des Troubles Mentaux, 4^{ème} version révisée (DSM-IV-TR). Par conséquent ces recommandations sont basées sur ces mêmes définitions nosographiques.

INTRODUCTION

L'objectif de ces recommandations est de mieux identifier les patients qui nécessitent un traitement antidépresseur et d'optimiser le bon usage de ces médicaments dans les troubles dépressifs et les troubles anxieux de l'adulte. Ces recommandations ne concernent pas l'enfant et l'adolescent. L'énurésie, la migraine, les troubles des conduites alimentaires ou les douleurs neuropathiques sont exclues de ces recommandations.

Le traitement médicamenteux ne constitue qu'un aspect de la prise en charge des sujets présentant des troubles dépressifs ou anxieux. Les autres types de traitements qui peuvent leur être proposés sont essentiellement les prises en charge psychothérapiques et éventuellement d'autres traitements comme par exemple l'électroconvulsivothérapie pour les troubles dépressifs. Ces autres types de traitements ne seront qu'évoqués dans ces recommandations.

Si historiquement les antidépresseurs étaient des médicaments qui traitaient la dépression, leurs indications thérapeutiques ont été par la suite étendues à d'autres troubles, notamment les troubles anxieux.

Les travaux sont plus nombreux dans le domaine des troubles dépressifs que dans celui des troubles anxieux.

1. GENERALITES SUR LES TROUBLES DEPRESSIFS ET ANXIEUX¹

Le diagnostic d'un trouble dépressif ou anxieux et l'indication d'un traitement antidépresseur sont posés à l'issue d'un examen clinique systématique et non à partir d'une simple impression clinique. Cet examen permet de distinguer un *trouble* dépressif ou anxieux d'un ou plusieurs *symptômes* dépressifs ou anxieux qui n'atteignent pas le seuil de définition du trouble. Ainsi, l'existence de symptômes dépressifs ou anxieux au décours d'un événement de vie, aussi significatif soit-il dans la vie du sujet (deuil, divorce, chômage...) ne suffit pas à poser un diagnostic de trouble dépressif ou anxieux.

L'évaluation du risque suicidaire doit être réalisée systématiquement à l'interrogatoire chez tout sujet présentant des symptômes dépressifs ou anxieux, même si le patient ne l'évoque pas spontanément. Cette évaluation peut nécessiter l'avis d'un spécialiste. Le risque suicidaire est plus élevé chez le jeune adulte et chez le sujet âgé que dans les autres segments de la population adulte².

1.1. TROUBLES DEPRESSIFS

L'entité pivot des troubles dépressifs est le trouble dépressif majeur unipolaire, qui est défini par la présence d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés)³, dans la vie d'un sujet, et par l'absence d'épisodes maniaques ou hypomaniaques.

¹ Des définitions simples de troubles dépressifs et d'autres troubles de l'humeur et du trouble anxieux caractérisés sont présentées en Annexe 1.

² Ces recommandations ne traitent pas de la prise en charge du risque suicidaire : cf. Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus, 19-20 octobre 2000. Paris : ANAES; 2000.

³ Le terme « majeur » n'est pas synonyme de sévérité ; il signifie que l'état dépressif correspond aux critères des classifications internationales actuelles. Les critères diagnostiques du DSM-IV-TR d'un épisode dépressif majeur, c'est-à-dire caractérisé, sont présentés en Annexe 2.

Il existe différentes formes d'épisode dépressif majeur :

- *selon l'intensité : léger, modéré et sévère :*

L'appréciation de l'intensité des symptômes relève de l'évaluation clinique et éventuellement d'échelles validées. Elle est définie en fonction de l'évaluation du nombre, de l'intensité et du retentissement des symptômes dépressifs :

- Un épisode léger est défini par la présence de 5 symptômes dépressifs et d'une altération limitée du fonctionnement (social, professionnel...), ou d'un fonctionnement normal mais au prix d'efforts importants et inhabituels ;
 - Un épisode sévère est défini par la présence de 8 ou 9 symptômes dépressifs correspondant aux critères et d'une altération du fonctionnement nette et observable ;
 - Une intensité modérée est intermédiaire entre légère et sévère ;
- *selon l'existence de caractéristiques mélancoliques, éventuellement délirantes, pour les épisodes d'intensité sévère.*

Les modalités évolutives de l'épisode dépressif majeur sont les suivantes :

- *une rémission complète* correspond à une disparition des symptômes et à un retour à un fonctionnement normal ;
- *une rémission partielle* correspond à une amélioration telle que l'individu ne répond plus aux critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur, tout en conservant des symptômes dépressifs, nommés symptômes résiduels ;
- *un épisode dépressif résistant* est un épisode n'ayant pas répondu à deux traitements antidépresseurs successifs bien conduits, c'est-à-dire à posologie efficace pendant une durée de 4 à 6 semaines ;
- *une rechute dépressive* correspond, après amélioration, à la réapparition de symptômes dépressifs au cours du même épisode dépressif ;
- *une récurrence - ou récurrence - dépressive* correspond à la survenue d'un nouvel épisode dépressif, après rémission complète d'au moins 2 mois.

L'épisode dépressif majeur peut être isolé et sans lendemain ou s'intégrer soit dans le cadre d'un trouble dépressif unipolaire récurrent, soit dans celui, plus rare, d'un trouble bipolaire de l'humeur, à toujours rechercher systématiquement.

1.2. TROUBLES ANXIEUX

Les troubles anxieux caractérisés doivent être distingués de l'anxiété normale et des symptômes anxieux. Ils sont définis en fonction du nombre, de l'intensité et de la durée des symptômes, et par une souffrance émotionnelle ou un retentissement marqués sur la vie du patient.

Les troubles anxieux caractérisés décrits dans le DSM IV-TR comprennent notamment :

- le trouble obsessionnel compulsif (TOC),
- le trouble panique (TP) avec ou sans agoraphobie,
- l'agoraphobie sans antécédent de trouble panique,
- les phobies simples ou spécifiques,
- la phobie sociale (PS),
- le trouble anxieux généralisé (TAG)
- l'état de stress post-traumatique (ESPT).

2. ANTIDEPRESSEURS COMMERCIALISES EN FRANCE

2.1. DIFFERENTES CLASSES D'ANTIDEPRESSEURS ET ELEMENTS DE PHARMACOLOGIE

Les médicaments antidépresseurs sont répartis en cinq classes (cf. Annexe 3) :

- les imipraminiques, tricycliques ou non,
- les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS),
- les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN),
- les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO), sélectifs ou non de la MAO-A,
- les « autres antidépresseurs » (de mécanisme pharmacologique différent).

2.2. INDICATIONS ET NON-INDICATIONS

Les indications des médicaments antidépresseurs sont limitées car ceux-ci n'ont fait la preuve de leur efficacité et de leur sécurité que dans des situations clairement définies.

- *Il est recommandé de ne pas traiter par antidépresseur :*
 - les symptômes dépressifs ne correspondant pas aux épisodes dépressifs majeurs, c'est-à-dire caractérisés, à savoir : symptômes isolés ou en nombre insuffisant pour remplir les critères DSM ou durée des symptômes dépressifs inférieure à 15 jours ;
 - les épisodes dépressifs caractérisés mais d'intensité légère, sauf en cas d'échec des autres stratégies (cf. 2.7.).

Les antidépresseurs n'ont pas d'indication dans le trouble dysthymique, le trouble cyclothymique et le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive.

- *Indications dans les troubles dépressifs majeurs unipolaires*

Le traitement d'un épisode dépressif majeur isolé comporte deux phases :

- la phase aiguë (traitement d'attaque), dont l'objectif est la rémission complète des symptômes ;
- la phase de consolidation, dont l'objectif est de prévenir la rechute de l'épisode.

En cas de trouble dépressif récurrent, s'ajoute une phase de maintenance, dont l'objectif est la prévention des récurrences (ou récurrences).

Ce traitement de maintenance est particulièrement indiqué dans le trouble dépressif majeur unipolaire chez les sujets ayant présenté au moins 3 épisodes dépressifs majeurs au cours des 4 dernières années :

- si ceux-ci ont été rapprochés et/ou sévères (notamment : risques suicidaires, caractéristiques psychotiques, et incapacité fonctionnelle),
- surtout lorsqu'existent des symptômes résiduels, des pathologies associées, des antécédents familiaux de dépression.

Il est rappelé que, dans le trouble bipolaire, la prévention de nouveaux épisodes est réalisée en première intention par un traitement thymorégulateur, et non par un antidépresseur seul.

Le plus souvent, la prescription d'un antidépresseur ne répond pas à l'urgence : il est utile de préparer le malade à cette prescription avec un nouveau rendez-vous quelques jours plus tard.

- *Dans les troubles anxieux*

Des symptômes anxieux isolés ou ne correspondant pas à un trouble anxieux caractérisé ne sont pas une indication à un traitement antidépresseur.

Seuls les troubles anxieux caractérisés ayant un retentissement sur la vie du patient sont une indication à un traitement antidépresseur.

Il n'y a pas d'indication à un traitement antidépresseur dans les phobies simples et l'agoraphobie isolée.

2.3. BILAN PRE-THERAPEUTIQUE

Il est recommandé :

- d'évaluer la symptomatologie dépressive et le risque suicidaire ;
- de rechercher des antécédents personnels ou familiaux de troubles dépressifs unipolaires et de troubles bipolaires ;
- d'éliminer les contre-indications spécifiques de chaque classe d'antidépresseurs ;
- de rechercher et traiter des affections somatiques (cardiologiques, urologiques, ophtalmologiques, neurologiques...) ;
- de rechercher les comorbidités psychiatriques et les conduites addictives.

2.4. POSOLOGIE, DOSAGES PLASMATIQUES ET VOIE D'ADMINISTRATION

Deux catégories d'antidépresseurs peuvent être distinguées selon que la posologie habituellement efficace peut être atteinte d'emblée (par exemple ISRS) ou progressivement en 3 jours à une semaine (par exemple imipraminiques ou IMAO). Cette posologie sera atteinte tout en évaluant systématiquement et régulièrement l'efficacité et la tolérance (Grade B).

Chez le sujet âgé de plus de 70 ans, la posologie initiale recommandée pour les antidépresseurs, en particulier imipraminiques, est en général la moitié de la posologie préconisée chez l'adulte, les doses étant progressivement augmentées par la suite.

La molécule choisie doit être prescrite à dose efficace tout en respectant la posologie recommandée par l'AMM. Une des premières causes de non-réponse au traitement est l'utilisation de posologie journalière insuffisante.

Dans les troubles dépressifs, les posologies recommandées sont similaires dans la phase de traitement d'attaque, de traitement de consolidation et, le cas échéant, de prévention des récurrences (Grade B).

Une adaptation posologique peut être nécessaire en fonction de la réponse au traitement et de la tolérance. Avant d'augmenter la posologie, il convient de s'assurer de l'observance.

Les posologies préconisées dans les troubles anxieux ne sont pas inférieures à celles préconisées dans les troubles dépressifs dans la plupart des cas⁴. Une instauration progressive des doses peut être nécessaire pour les patients présentant un trouble panique.

Certains antidépresseurs, notamment les imipraminiques, peuvent faire l'objet de dosages plasmatiques, qui permettent d'adapter la posologie pour un sujet donné. Ils ne doivent être réalisés qu'en cas de réponse insuffisante, d'effets indésirables marqués, ou de nécessité de vérifier l'observance.

2.5. TOLERANCE

Les effets indésirables sont, pour leur majorité, de survenue précoce en début de traitement ou après augmentation de la posologie, dose-dépendants, transitoires.

- *Effets somatiques*

Les effets indésirables les plus fréquents sont liés aux effets pharmacologiques des différentes classes :

- effets anticholinergiques des imipraminiques : troubles de la vision, bouche sèche, constipation, tachycardie, rétention urinaire (effets périphériques), confusion (effets centraux).
On rappelle que les effets anticholinergiques sont à l'origine de certaines contre-indications des imipraminiques (risque de glaucome par fermeture de l'angle, hypertrophie bénigne de la prostate) ;
- effets antihistaminiques des imipraminiques : somnolence ;
- effets sérotoninergiques des ISRS et IRSN : nausées, vomissements, diarrhée, hypersudation, céphalées, agitation, insomnie, somnolence, vertiges, tremblements et asthénie.

Des effets cardiovasculaires peuvent également survenir :

- du fait de leurs effets « quinidine-like », anticholinergiques et antagonistes adrénergiques alpha-1, les antidépresseurs imipraminiques peuvent induire une hypotension orthostatique, des troubles du rythme ou des troubles de la conduction auriculo-ventriculaire ;
- les IMAO non sélectifs engendrent une hypotension permanente et posturale ;
- la venlafaxine, pour des posologies élevées, peut augmenter la pression artérielle.

Autres effets :

- prise de poids, symptômes sexuels, syndrome sérotoninergique, hyponatrémie (sous ISRS), risque de saignements (sous ISRS et venlafaxine).

⁴ Cf. Annexes 5 et 6 de l'argumentaire.

Il est recommandé d'instaurer une surveillance clinique, notamment en début de traitement. Les effets indésirables attendus doivent être recherchés et évalués de façon systématique à chaque consultation.

- *Effets psychiques*

Il est parfois difficile de distinguer les effets indésirables du traitement des symptômes de la dépression (idées suicidaires, anxiété, insomnie ou constipation par exemple).

Tous les antidépresseurs peuvent induire des virages maniaques de l'humeur, particulièrement chez les patients bipolaires.

Chez les patients bipolaires, les antidépresseurs sont susceptibles d'induire la survenue de cycles rapides (au moins 4 épisodes thymiques par an), l'utilisation d'antidépresseurs en monothérapie étant alors à éviter (Grade B).

La survenue de symptômes, tels que l'insomnie, l'irritabilité, l'anxiété, l'hyperactivité et *a fortiori* les idées suicidaires nécessite une surveillance particulière et des consultations plus fréquentes.

2.6. ARRET DU TRAITEMENT

- *Modalités d'arrêt*

Au terme d'un traitement bien conduit, il est recommandé d'une part de diminuer les posologies progressivement de façon à prévenir la survenue d'un syndrome de sevrage et d'autre part d'augmenter la fréquence des consultations du fait du risque de réapparition des symptômes qui ont nécessité la mise en place du traitement (Grade A). Le syndrome de sevrage, également appelé syndrome d'arrêt, ne signifie pas que le patient est dépendant aux antidépresseurs.

La période de diminution des posologies sera d'autant plus prolongée que la durée de traitement aura été longue. Elle sera généralement comprise entre 1 et 6 mois (Grade C), par exemple :

- traitement < 1 an : arrêt en quelques semaines, en diminuant par exemple toutes les semaines la posologie journalière ;
- traitement > 1 an : arrêt en quelques mois, en diminuant par exemple tous les mois la posologie journalière.

- *Syndrome de sevrage (ou syndrome d'arrêt)*

Le syndrome de sevrage apparaît dans les jours suivant l'arrêt, rarement au-delà d'une semaine, et dure moins d'une semaine en moyenne.

Les symptômes les plus habituels sont :

- anxiété, irritabilité, tension nerveuse,
- cauchemars et autres troubles du sommeil,
- sensations vertigineuses, troubles de l'équilibre et autres troubles neuro-sensoriels,
- syndrome pseudo-grippal (rhinorrhée, myalgies, malaise, nausées, vomissements, diarrhée, frissons).

Ces symptômes ne doivent pas être confondus avec les symptômes dépressifs ou anxieux.

Les facteurs de risque de syndrome de sevrage sont : une posologie élevée, une durée de traitement prolongée, un arrêt brutal du traitement, et les caractéristiques pharmacocinétiques du médicament.

La conduite à tenir est de :

- rassurer le patient sur le caractère transitoire de ses symptômes,
- réinstaurer temporairement, si nécessaire, la posologie antérieure d'antidépresseur,
- puis assurer un sevrage du traitement encore plus progressif.

Il est recommandé de revoir le patient à distance de la rémission complète.

2.7. INFORMATION DU PATIENT

Il est indispensable d'informer les patients afin d'améliorer leurs connaissances sur leurs troubles dépressifs ou anxieux et sur les propriétés du traitement médicamenteux. Il est recommandé de prévenir

le patient du risque de rechute et de lui apprendre à repérer les signes (en particulier précoces) des troubles dépressifs ou anxieux.

L'information doit également porter sur :

- les modalités de prise des médicaments,
- le délai avant l'apparition des effets bénéfiques du traitement,
- la nécessité de poursuivre le traitement même après l'amélioration clinique,
- les effets indésirables les plus fréquents du traitement,
- les possibilités de contact avec le médecin en cas de question ou de problème, voire d'aggravation des troubles,
- la nécessité d'un avis médical pour l'arrêt du traitement ou l'introduction d'un autre médicament pendant le traitement.

Il faut insister sur le fait que l'effet thérapeutique n'est pas immédiat et qu'une amélioration ne doit pas entraîner l'arrêt du traitement sans avis médical.

Ces éléments, qui s'intègrent dans le cadre de l'alliance thérapeutique, sont une des clés de l'observance thérapeutique et d'une bonne efficacité thérapeutique.

Dans le cadre des épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère, le médecin peut proposer aux patients les conseils d'hygiène de vie suivants :

- l'arrêt de l'alcool, la diminution de la consommation de caféine (chez les patients anxieux),
- la pratique d'une activité physique,
- la pratique d'une méthode de relaxation,
- la pratique d'une méthode de méditation.

3. SPECIFICITES DES MODALITES DE PRESCRIPTION DANS LES EPISODES DEPRESSIFS MAJEURS, C'EST-A-DIRE CARACTERISES

3.1. CRITERES DE CHOIX DE L'ANTIDEPRESSEUR

- *Efficacité et effets pharmacologiques*

Pour les patients suivis en ambulatoire, il n'existe pas de différence d'efficacité clinique démontrée entre les différents types d'antidépresseurs.

En cas d'épisode dépressif d'intensité modérée à sévère en ambulatoire, sauf cas particulier, il est recommandé en première intention de prescrire un ISRS, un IRSN ou éventuellement un antidépresseur appartenant à la classe des « autres antidépresseurs » en raison de leur meilleure tolérance. La prescription d'un imipraminique ou d'un IMAO se fera en deuxième ou troisième intention (Grade B).

Dans les épisodes avec caractéristiques psychotiques (mélancolie délirante...), l'association antidépresseur-antipsychotique est le traitement médicamenteux le plus efficace (Grade A).

Dans les épisodes dépressifs des troubles bipolaires, la prescription d'un antidépresseur en monothérapie est déconseillée du fait du risque de virage maniaque (Grade A). La prescription d'un antidépresseur :

- n'est légitime qu'en association avec un thymorégulateur (Grade A) ;
- est déconseillée dans les épisodes d'intensité légère (Grade B) ;
- peut être envisagée dans les épisodes d'intensité modérée à sévère (Grade B). Dans cette indication, les imipraminiques induisent plus de virages maniaques que les autres antidépresseurs.

On notera que, si le tableau est sévère (caractéristiques psychotiques, catatonie, risque suicidaire notamment), l'électroconvulsivothérapie (ECT) est une alternative particulièrement efficace aux traitements médicamenteux.

Dans tous les « épisodes dépressifs majeurs », le traitement de consolidation à privilégier est le médicament qui a permis d'obtenir la rémission symptomatique tout en maintenant les mêmes posologies (Grade A).

- *Tolérance*

Les antidépresseurs ayant la meilleure tolérance et la meilleure maniabilité sont les antidépresseurs ISRS, IRSN et les antidépresseurs de la classe « autres antidépresseurs ».

La toxicité en cas de surdosage (volontaire ou involontaire), en particulier le profil défavorable des imipraminiques, doit être prise en considération lors du choix du médicament.

- *Propriétés collatérales*

Outre leur effet à proprement parler antidépresseur, les antidépresseurs peuvent présenter des propriétés sédatives ou stimulantes. Elles se manifestent dès les premiers jours de traitement, avec une grande variabilité interindividuelle. L'effet sédatif est bénéfique chez les déprimés les plus anxieux et/ou insomniaques, l'effet stimulant chez les déprimés les plus ralentis.

- *Comorbidités psychiatriques et somatiques*

Les maladies somatiques associées peuvent justifier certaines précautions d'emploi, dues notamment aux interactions médicamenteuses. L'existence d'un trouble associé (par exemple anxieux) incitera à choisir un antidépresseur efficace également dans cette indication.

- *Traitements des épisodes dépressifs antérieurs*

Il est nécessaire de rechercher l'existence d'épisodes dépressifs antérieurs, ainsi que l'efficacité et la tolérance des traitements antidépresseurs antérieurement administrés, voire l'existence de syndrome de sevrage lors de l'arrêt antérieur de ces traitements.

Même si cette stratégie thérapeutique a été insuffisamment évaluée, il est recommandé de choisir préférentiellement un antidépresseur qui s'est avéré efficace et bien toléré lors d'un épisode antérieur (Grade C).

3.2. EVALUATION DE L'EFFICACITE

De manière générale, après 8 semaines de traitement bien conduit :

- un tiers des patients déprimés traités par antidépresseurs ont une réponse complète au traitement avec rémission des symptômes,
- un tiers ont une réponse partielle ou insuffisante au traitement,
- et un tiers ne répondent pas au traitement.

- *En phase aiguë*

Les antidépresseurs permettent une régression des symptômes dépressifs tels que la tristesse pathologique, la symptomatologie suicidaire, ou le ralentissement psychomoteur.

Le début de l'amélioration survient dans un délai variable selon les symptômes dépressifs :

- en quelques jours de traitement pour l'anxiété et le sommeil,
- après 1 à 2 semaines pour le ralentissement psychomoteur et les idées suicidaires,
- après 2 à 4 semaines pour l'humeur proprement dite.

Ainsi, le délai d'action des antidépresseurs est compris entre 2 et 4 semaines. Il ne diffère pas de manière significative selon la classe d'antidépresseurs, ou selon la voie d'administration.

Une amélioration précoce, dans les 2 premières semaines de traitement, est prédictive d'une réponse favorable ultérieure.

Le délai nécessaire à l'obtention d'une réponse thérapeutique complète est de 6 à 8 semaines. Par conséquent, à l'exception des cas où les patients s'aggravent, il est recommandé de ne pas interrompre un traitement antidépresseur en l'absence d'amélioration avant 4 semaines de traitement à posologie efficace (Grade A).

Les consultations seront fréquentes en début de traitement, par exemple :

- au moins une fois la première semaine,
- une fois la deuxième semaine,
- au moins une fois après 4 semaines,

- et une fois après 8 semaines.

Des contacts téléphoniques intermédiaires entre deux consultations peuvent également être utiles.

La survenue ou la persistance d'idées suicidaires justifie une surveillance accrue, avec des consultations plus fréquentes, voire un avis spécialisé ou une hospitalisation.

- *En phase de consolidation*

Le rythme des consultations ultérieures sera déterminé avec le patient en fonction de son état clinique, de l'efficacité et de la tolérance du traitement, des traitements associés et de la qualité de l'alliance thérapeutique.

- *Dans la prévention des récurrences du trouble dépressif majeur unipolaire*

L'efficacité ne peut être confirmée qu'après plusieurs mois ou années de traitement. Le maintien du traitement peut nécessiter un avis spécialisé qui devra tenir compte de divers paramètres : fréquence, durée et intensité des épisodes, qualité du fonctionnement du patient et durée des périodes asymptomatiques.

3.3. EVALUATION DE LA TOLERANCE

Elle doit être réalisée régulièrement, plus particulièrement en début de traitement (notamment au cours de la première semaine puis de la deuxième semaine de traitement), tant pour les effets indésirables somatiques que psychiques. Pour certains patients, des consultations plus fréquentes seront nécessaires.

3.4. ASSOCIATIONS MEDICAMENTEUSES

- *Benzodiazépines*

Une prescription concomitante de benzodiazépine (ou apparenté) ne doit pas être systématique du fait des effets indésirables des benzodiazépines (dépendance et, dans de rares cas, réactions paradoxales) (Grade A). Elle peut être justifiée en début de traitement lorsqu'existent une insomnie et/ou une anxiété invalidantes. Pour éviter le risque de dépendance, il est recommandé d'utiliser la dose minimale efficace et d'interrompre le traitement dès que l'anxiété et/ou l'insomnie se sont améliorées du fait de l'effet de l'antidépresseur⁵.

- *Antipsychotiques*

La coprescription antidépresseur-antipsychotique est justifiée dans deux cas :

- les épisodes dépressifs majeurs avec caractéristiques psychotiques (Grade A) ;
- les formes sévères de dépression, même en l'absence de caractéristiques psychotiques, lorsque l'anxiété est invalidante et le risque suicidaire élevé. Il est alors recommandé de prescrire des doses modérées d'antipsychotiques sédatifs (Grade C).

Cette co-prescription doit être interrompue dès que les symptômes dépressifs sont suffisamment améliorés.

- *Coprescription de deux antidépresseurs*

Il n'y a pas lieu de prescrire en première intention plus d'un antidépresseur lors de l'instauration du traitement d'un épisode dépressif.

- *Millepertuis*

Le millepertuis, qui n'est pas un antidépresseur⁶, induit de nombreuses interactions médicamenteuses et peut annuler l'effet de certains antidépresseurs.

⁵ Cf. Mise au point de l'Afssaps sur « Les troubles du comportement liés à l'utilisation des benzodiazépines et produits apparentés » (septembre 2001).

⁶ L'indication du millepertuis est : « Traditionnellement utilisé dans les manifestations dépressives légères et transitoires ».

3.5. STRATEGIES THERAPEUTIQUES EN CAS DE REPONSE INSUFFISANTE

Avant d'affirmer qu'un patient est non répondeur à un traitement, il convient de s'être assuré de l'observance et d'avoir un recul de 6 à 8 semaines, sauf en cas d'aggravation symptomatique et/ou de risque suicidaire élevé.

En cas de réponse insuffisante, il est recommandé :

- soit d'augmenter la posologie de l'antidépresseur, en particulier avec les imipraminiques et la venlafaxine (Grade B). Le contrôle des concentrations sériques permet d'adapter la posologie à chaque individu ;
- soit de changer de traitement antidépresseur. Le changement de classe est recommandé, même s'il n'a pas démontré sa supériorité par rapport au changement d'antidépresseur au sein d'une même classe (Accord professionnel) ;
- soit d'associer une psychothérapie, si tel n'était pas le cas. En effet, l'association d'un traitement antidépresseur et d'une psychothérapie est plus efficace que l'un des deux traitements administrés isolément (Grade C) ;
- soit, dans certains cas de dépression sévère, d'envisager l'ECT.

3.6. STRATEGIES THERAPEUTIQUES EN CAS DE RECHUTE OU DE RESISTANCE AU TRAITEMENT ANTIDEPRESSEUR

En cas de rechute sous traitement de consolidation, il convient, en première intention, d'augmenter les doses du traitement de consolidation (Grade B).

La dépression résistante nécessite un avis spécialisé (Grade C). Le spécialiste ré-évalue le diagnostic et les traitements proposés (molécules, posologies, durées et observance), et recherche des causes organiques ou psychologiques de résistance. Les stratégies thérapeutiques proposées comportent : l'augmentation des doses, la potentialisation par l'adjonction (hors AMM) de sel de lithium ou de tri-iodothyronine (Grade A), les associations d'antidépresseurs, l'adjonction d'une psychothérapie, ou un traitement par ECT (Grades B/C).

On ne peut parler de résistance au traitement antidépresseur chez un patient sans avoir essayé un imipraminique ou la venlafaxine, sous réserve des contre-indications.

3.7. DUREE DU TRAITEMENT

Dans les troubles dépressifs majeurs unipolaires, la durée du traitement antidépresseur est de 16 à 20 semaines après la rémission symptomatique.

Dans le cadre de la prévention des récurrences, la durée du traitement est d'autant plus prolongée que les épisodes antérieurs ont été nombreux, sévères, qu'il existe des pathologies associées et des antécédents familiaux de troubles dépressifs.

Le traitement antidépresseur ne doit pas être interrompu lorsqu'il existe des symptômes résiduels. La persistance d'au moins deux symptômes dépressifs représente un facteur de risque de rechute qui justifie la poursuite du traitement tant que la rémission complète n'a pas été obtenue.

Dans le cadre d'un trouble bipolaire, la durée de traitement antidépresseur est insuffisamment documentée à ce jour. Elle doit prendre en compte le risque de virage maniaque et d'accélération des cycles thymiques.

3.8. SPECIFICITES LIEES A CERTAINS TERRAINS PARTICULIERS

- *Grossesse et post-partum*

Pendant le premier trimestre de la grossesse, dans les cas où un traitement antidépresseur est indispensable, le choix de l'antidépresseur est guidé par le risque tératogène. Le nombre élevé de grossesses documentées en pharmacovigilance permet d'affirmer le caractère peu ou pas tératogène des antidépresseurs ISRS et des antidépresseurs imipraminiques.

Quel que soit le terme de la grossesse, on préférera en raison de leur meilleure tolérance, un des ISRS les mieux connus en cours de grossesse, ou un imipraminique si celui-ci présente un avantage thérapeutique (Grade C).

En fin de grossesse, la conduite du traitement antidépresseur est guidée par les risques pour la mère dans les jours qui précèdent l'accouchement (risque de rechute ou récurrence, risque suicidaire), lors de l'accouchement (éventuel risque anesthésique) et pour l'enfant en période néo-natale. La diminution des posologies pour éviter chez le nouveau-né les effets anticholinergiques (cognitifs, cardiaques et digestifs) des antidépresseurs imipraminiques à fortes doses et les syndromes d'arrêt des antidépresseurs, est à mettre en balance avec les risques de rechute ou récurrence chez la mère. Une surveillance néo-natale est instaurée dans les jours qui suivent l'accouchement.

Les antidépresseurs passent pour la plupart dans le lait maternel. Ainsi, l'indication d'allaitement pour une femme traitée par antidépresseurs doit être discutée en fonction du rapport bénéfices/risques pour la mère et pour l'enfant.

- *Sujet âgé*

Il existe des arguments en faveur de l'efficacité des antidépresseurs chez la personne âgée, mais des études supplémentaires doivent être réalisées avant de pouvoir apporter des conclusions définitives, notamment chez les sujets les plus âgés.

Il n'y a pas de différences significatives en termes d'efficacité entre les différentes classes d'antidépresseurs. Toutefois, les pathologies somatiques associées et leurs traitements, ainsi que les risques d'interactions médicamenteuses sont particulièrement à prendre en compte. Sauf cas particuliers, les ISRS, IRSN et les « autres antidépresseurs » sont prescrits en première intention.

Le traitement doit être commencé à une dose plus faible que la posologie préconisée chez le sujet adulte (cf. 2.4.). La réponse thérapeutique peut être plus lente.

Un traitement par imipraminique ne doit pas être utilisé en première intention et n'est indiqué qu'exceptionnellement après 75 ans. De plus, leurs propriétés anticholinergiques sont susceptibles d'aggraver les fonctions cognitives chez le patient présentant un trouble démentiel. Une surveillance clinique régulière est indispensable en raison d'une sensibilité accrue à l'hypotension orthostatique et à la sédation, ainsi qu'aux effets anti-cholinergiques périphériques et centraux (constipation, iléus paralytique, rétention urinaire, glaucome aigu, confusion mentale).

L'hypotension orthostatique et les troubles de l'équilibre sont les complications les plus fréquentes chez la personne âgée. D'autre part, un risque d'hyponatrémie existe avec les ISRS et se trouve majoré en cas de co-prescription avec un diurétique. Un syndrome confusionnel, des convulsions et des chutes peuvent donc survenir. Chez toute personne âgée traitée par antidépresseur, il est donc recommandé d'évaluer d'éventuels troubles de l'équilibre avant et après traitement, et de surveiller le ionogramme sanguin et la pression artérielle.

Comme chez le sujet adulte, le risque de saignements peut être augmenté lors d'un traitement par ISRS ou venlafaxine. D'autre part, le risque d'interactions médicamenteuses est accru chez le sujet âgé, avec notamment une augmentation de l'effet des anticoagulants oraux (AVK) et du risque hémorragique. Il est nécessaire de contrôler plus fréquemment l'INR et d'adapter éventuellement la posologie de l'anticoagulant oral.

Au total, la phase d'attaque du traitement doit être d'au moins 6 semaines et la phase de continuation d'au moins 12 mois. La question de l'intérêt d'une phase de maintenance est de première importance chez la personne âgée tant la dépression à cet âge s'accompagne d'un taux élevé de récurrences et se complique de handicap fonctionnel et de suicide.

Une réévaluation régulière de l'efficacité et de la tolérance du traitement est nécessaire.

3.9. COMORBIDITES PSYCHIATRIQUES

- *Troubles anxieux*

Chez un sujet qui présente un épisode dépressif caractérisé et un trouble anxieux caractérisé, le choix de l'antidépresseur doit privilégier une molécule ayant obtenu l'AMM dans ces deux indications.

- *Troubles de la personnalité*

Certains troubles de la personnalité constituent un facteur de non-observance, de risque de non-réponse voire de résistance aux antidépresseurs. Dans cette population, les propriétés collatérales (effet anxiolytique ou stimulant par exemple) et le risque lié au surdosage en cas d'ingestion volontaire sont deux critères de choix qui peuvent aider le prescripteur.

- *Conduites addictives*

La consommation d'alcool et/ou de cannabis chez un sujet traité par antidépresseur potentialise les effets indésirables des antidépresseurs et les effets des toxiques concernés.

Chez le sujet alcoolo-dépendant déprimé, le sevrage doit être entrepris en première intention. Dans une majorité de cas, il permet une amélioration de l'humeur dans un délai de 3 à 6 semaines. Si des symptômes dépressifs persistent et satisfont aux critères de l'épisode dépressif majeur, alors un traitement antidépresseur est indiqué (Grade A).

Chez le sujet tabaco-dépendant, l'épisode dépressif majeur doit être traité avant d'envisager un sevrage tabagique (Accord professionnel).

3.10. COMORBIDITES SOMATIQUES

Il n'existe pas d'étude démontrant la supériorité d'un antidépresseur par rapport à un autre dans les épisodes dépressifs majeurs associés aux pathologies somatiques, notamment en cas de dépression au cours d'un cancer, d'une maladie cardio-vasculaire, de troubles neurologiques (épilepsie, maladie de Parkinson, démence) ou de maladies infectieuses (infection à VIH, hépatite virale chronique). Actuellement, sauf cas particuliers, il est recommandé de choisir, en première intention, un antidépresseur en fonction de sa tolérance (Accord professionnel), en veillant particulièrement aux risques d'interactions médicamenteuses.

4. SPECIFICITES DES MODALITES DE PRESCRIPTION DANS LES TROUBLES ANXIEUX (TOC, TP, PS, TAG, ESPT)

Dans la plupart de ces troubles anxieux, différents traitements ont fait la preuve de leur efficacité : les psychothérapies, notamment les thérapies cognitivo-comportementales, les antidépresseurs et l'association de ces deux modalités thérapeutiques. Ce chapitre n'aborde que l'aspect médicamenteux de leur prise en charge. Les aspects psycho-éducatifs et les informations à donner au patient sur les troubles et les traitements sont essentiels.

Il est recommandé d'informer le patient sur les effets spécifiques des antidépresseurs dans les troubles anxieux.

4.1. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (TOC)

Les antidépresseurs sont plus efficaces sur les pensées obsédantes que sur les compulsions.

Les antidépresseurs ayant une AMM dans cette indication sont : clomipramine, fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine et sertraline.

Les ISRS sont recommandés en première intention (Grade A). La clomipramine est recommandée en seconde intention, pour des raisons de tolérance (Grade A).

Par rapport aux troubles dépressifs, les posologies efficaces dans le traitement du TOC peuvent être plus élevées (cf. Annexe 7 de l'argumentaire).

Le délai d'action des antidépresseurs est plus long (de l'ordre de 4 à 8 semaines) que dans les troubles dépressifs. De même, le temps de traitement nécessaire à l'obtention d'une réponse thérapeutique maximale est plus long (10 à 12 semaines). Ainsi, le traitement doit être continué au moins 3 mois avant de pouvoir conclure à une inefficacité.

La durée du traitement doit être suffisamment prolongée, souvent supérieure à un an. Elle sera d'autant plus longue que le trouble est chronique et qu'il existe des rechutes à l'arrêt du traitement.

La comorbidité avec un épisode dépressif majeur et l'existence d'un trouble de la personnalité sont des facteurs de risque de non-réponse au traitement antidépresseur dans le TOC.

4.2. TROUBLE PANIQUE (TP)

L'objectif du traitement est la disparition des attaques de panique, de l'anxiété anticipatoire et de l'évitement phobique, s'il est associé, et la prévention de nouvelles attaques de panique.

Les antidépresseurs sont sans effet thérapeutique sur la crise elle-même, une fois qu'elle est déclenchée.

Les antidépresseurs ayant une AMM dans cette indication sont : clomipramine, citalopram, escitalopram et paroxétine.

Les ISRS sont recommandés en première intention (Grade A). La clomipramine est recommandée en deuxième intention, pour des raisons de tolérance (Grade A).

Les posologies d'antidépresseurs recommandées sont généralement identiques à celles qui le sont dans le traitement de la dépression. Toutefois, l'instauration des posologies sera plus progressive (débuter à 50% voire 25% de la dose efficace), de façon à éviter une aggravation de la symptomatologie anxieuse en début de traitement.

La réponse clinique complète est attendue après 6 à 8 semaines de traitement, comme dans les épisodes dépressifs.

Le traitement est poursuivi plusieurs semaines après la disparition des attaques de panique. Il est d'au moins 6 mois, parfois compris entre 12 et 18 mois, et sera diminué très progressivement (Grade C).

4.3. PHOBIE SOCIALE OU TROUBLE ANXIÉTÉ SOCIALE (PS)

Les antidépresseurs ayant une AMM dans cette indication sont : paroxétine, escitalopram et venlafaxine. La prescription doit être limitée aux formes généralisées avec retentissement important sur le fonctionnement et l'adaptation, et associée à des mesures psychothérapeutiques de type cognitivo-comportemental.

L'amélioration symptomatique débute après 3 à 4 semaines de traitement. La réponse complète nécessite un traitement de 8 à 12 semaines. Une réévaluation du traitement est recommandée 1 à 2 semaines après la première consultation puis toutes les 4 semaines (Accord professionnel).

Le traitement doit être poursuivi au moins 6 à 12 mois après la rémission symptomatique (Accord professionnel). Il existe un risque de rechute à l'arrêt du traitement, qui peut justifier un traitement à plus long terme. Cependant, ce traitement prolongé n'a pas fait l'objet d'évaluations systématiques.

4.4. TROUBLE ANXIEUX GÉNÉRALISÉ (TAG)

L'information et l'éducation du patient, en particulier à propos des règles hygiéno-diététiques (arrêt de l'alcool, diminution de la consommation de café et de tabac, pratique régulière d'un exercice physique) sont envisagées en première intention (Accord professionnel).

Les antidépresseurs ont une action préférentielle sur la symptomatologie psychique de l'anxiété.

Les antidépresseurs ayant une AMM dans cette indication sont : paroxétine, venlafaxine et escitalopram.

Le délai d'action des antidépresseurs est de 1 à 3 semaines. La réponse complète est obtenue après plusieurs semaines de traitement. La durée du traitement doit être d'au moins 6 mois (Accord professionnel).

4.5. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (ESPT)

Le seul antidépresseur indiqué dans l'ESPT est la paroxétine ; son utilisation prolongée nécessite une réévaluation régulière.

CONCLUSION

Ces recommandations définissent une stratégie médicale de l'utilisation optimale des antidépresseurs en fonction de l'état actuel des connaissances sur les médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux chez l'adulte.

Néanmoins de nouvelles voies de recherche seraient à explorer, notamment pour mieux préciser les durées et posologies de traitement, et les modalités d'utilisation des antidépresseurs au long cours.

ANNEXES

ANNEXE 1 - DEFINITIONSSIMPLES DU TROUBLE DEPRESSIF ET AUTRES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU TROUBLE ANXIEUX CARACTERISE

ANNEXE 2 - CRITERES DIAGNOSTIQUES D'UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR, C'EST-A-DIRE CARACTERISE (DSM-IV-TR)

ANNEXE 3 - MEDICAMENTS ANTIDEPRESSEURS COMMERCIALISES EN FRANCE DANS LES EPISODES DEPRESSIFS

ANNEXE 1

DEFINITIONS SIMPLES DES TROUBLES DEPRESSIFS ET AUTRES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DU TROUBLE ANXIEUX CARACTERISE

- **Trouble dépressif unipolaire** : Entité pivot des troubles dépressifs, le trouble dépressif majeur unipolaire est défini par la présence d'un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs dans la vie d'un sujet et par l'absence d'épisodes maniaques ou hypomaniaques.

L'entité pivot de description des troubles dépressifs est l'épisode dépressif majeur, c'est-à-dire caractérisé. Il est défini dans le DSM-IV-TR par une association de symptômes dépressifs :

- suffisamment nombreux,
- suffisamment durables,
- à l'origine d'une souffrance cliniquement significative,
- et à l'origine d'une incapacité fonctionnelle.

Remarque : Les critères diagnostiques du DSM-IV-TR d'un épisode dépressif majeur, c'est-à-dire caractérisé, figurent en Annexe 2.

- **Trouble bipolaire de l'humeur (trouble dépressif bipolaire)** : Trouble de l'humeur comportant le plus souvent une alternance d'épisodes dépressifs majeurs c'est-à-dire caractérisés et d'épisodes maniaques ou hypomaniaques.
- **Trouble dysthymique** : Trouble de l'humeur comportant des symptômes dépressifs en nombre inférieur à celui des épisodes dépressifs majeurs caractérisés, durant pendant au moins 2 années consécutives, à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une incapacité fonctionnelle.
- **Trouble cyclothymique** : Trouble de l'humeur comportant des symptômes hypomaniaques et/ou des symptômes dépressifs fluctuants et en nombre inférieur à celui des épisodes dépressifs majeurs caractérisés ou des épisodes maniaques, durant pendant au moins 2 années consécutives, à l'origine d'une souffrance cliniquement significative et d'une incapacité fonctionnelle.
- **Trouble anxieux caractérisé** : Un trouble anxieux caractérisé correspond à une association de symptômes anxieux tel que le trouble obsessionnel compulsif, le trouble panique, le trouble anxieux généralisé, la phobie sociale ou l'état de stress post-traumatique. Il est défini dans le DSM-IV-TR par l'existence de symptômes anxieux :
 - suffisamment nombreux,
 - suffisamment durables,
 - à l'origine d'une souffrance cliniquement significative,
 - et à l'origine d'une incapacité fonctionnelle.

Remarque : Les critères diagnostiques du DSM-IV-TR d'un trouble obsessionnel compulsif, d'un trouble panique, d'un trouble anxieux généralisé et d'une phobie sociale sont présentés respectivement dans les Annexes 12 à 15 de l'Argumentaire.

ANNEXE 2

CRITERES DIAGNOSTIQUES D'UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR, C'EST-A-DIRE CARACTERISE (DSM-IV-TR)

- A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.
- 1- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (par exemple : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple : pleure).
 - 2- Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observé par les autres)
 - 3- Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (par exemple : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5%) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
 - 4- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 - 5- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
 - 6- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
 - 7- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire prier ou se sentir coupable d'être malade).
 - 8- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalées par le sujet ou observées par les autres).
 - 9- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
- B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.
- C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.
- D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale (par exemple hypothyroïdie).
- E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

ANNEXE 3

MEDICAMENTS ANTIDEPRESSEURS COMMERCIALISES EN FRANCE DANS LES EPISODES DEPRESSIFS*

- Imipraminiques : clomipramine (Anafranil[®]), amoxapine (Défanyl[®]), amitriptyline (Elavil[®], Laroxyl[®]), maprotiline (Ludiomil[®]), dosulépine (Prothiaden[®]), doxépine (Quitaxon[®]), trimipramine (Surmontil[®]), imipramine (Tofranil[®]).
- ISRS : citalopram (Séropram[®]), escitalopram (Séroplex[®]), fluoxétine (Prozac[®]), fluvoxamine (Floxyfral[®]), paroxétine (Deroxat[®]), sertraline (Zoloft[®]).
 - IRSN : milnacipran (Ixel[®]), venlafaxine (Effexor[®]), duloxétine (Cymbalta[®], non commercialisée en France).
- IMAO non sélectifs : iproniazide (Marsilid[®]); IMAO sélectifs A : moclobémide (Moclamine[®]).
- « Autres antidépresseurs » : miansérine (Athyimil[®]), mirtazapine (Norset[®]), tianeptine (Stablon[®]).

*Les spécialités listées ici sont les spécialités princeps; celles-ci sont citées à titre didactique et ne doivent pas occulter la possibilité et l'intérêt économique de prescrire un médicament générique.